

L'ODONTOLOGIE

« LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE » ET « L'ODONTOLOGIE » RÉUNIES

Châteauroux. — Imp. et Stéréotyp. A. Majesté et L. Bouchardeau.

19e Année. 2 Série. Vol. VIII.

L'ODONTOLOGIE

« LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE » ET « L'ODONTOLOGIE » RÉUNIES

(Dirigées par **Paul DUBOIS** de 1881 à 1896)

REVUE BI-MENSUELLE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

Organe de l'Association générale des Dentistes de France, de l'École Dentaire de Paris et de la Société d'Odontologie de Paris

---

TOME XXI

1er semestre 1899

SIÈGE SOCIAL, RÉDACTION ET ADMINISTRATION

A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE, 45

PARIS

19e ANNÉE. No 1 15 JANVIER 1899 IIe SÉRIE. VOL. VIII

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

BULLETIN

*Je ne sais si vous êtes comme moi, chers lecteurs, mais ne pensez vous pas qu'il y a quelque chose à faire dans une revue scientifique comme L'*Odontologie *pour faciliter aux travailleurs les recherches bibliographiques ?*

*Il y a longtemps que ce problème me tracasse. Que de fois à propos de telle question soulevée par la pratique professionnelle m'est-il arrivé, me rappelant que cette question avait été traitée précédemment dans L'*Odontologie, *de consulter les tables de plusieurs années et de perdre ainsi un temps précieux. J'ai essayé différents systèmes pour obvier à cet inconvénient : d'abord j'ai voulu faire une table générale de toutes les années ; mais c'est un travail de bénédictin et j'ai dû y renoncer faute de temps. Puis au fur et à mesure de l'apparition du numéro d'un journal professionnel, je notais le titre de chaque article, sur des fiches spéciales que je classais sous différentes rubriques :* Pathologie, Thérapeutique, Prothèse, *etc., etc.. Le malheur c'est qu'à force d'établir des fiches, j'en avais des quantités qui s'égaraient, bouleversées dans les tracas de déménagement, etc.*

La question me paraissait donc insoluble, comme à beaucoup de nos confrères du reste, quand mon ami Godon, qui connaît mes préoccupations, m'apprit qu'une nouvelle revue scientifique se fondait avec cette particularité qu'elle était imprimée sur le recto *seulement de ses feuillets, le* verso *étant réservé aux annonces et avis qui n'ont qu'une valeur momentanée. C'est là la solution idéale ; on peut découper les feuilles et les classer dans des chemises spéciales, groupant ainsi tous les articles traitant un même sujet et arrivant par ce fait à créer des monographies*

aussi complètes qu'il est possible sur chacun des cas qui intéressent le lecteur.

Sans compter que les annonciers n'y perdent pas, bien au contraire, puisqu'en lisant toutes les feuilles au recto, *les yeux se portent en même temps sur le* verso *précédent contenant des annonces, ce qui est bien préférable au groupement de la fin que l'on ne feuillette pas toujours.*

*Donc solution satisfaisante à tous points de vue et de nature, semble-t-il, à s'appliquer à L'*Odontologie.

La grosse question, c'est une augmentation de dépenses, car si l'on supprime une partie des feuilles de couleur, il n'en faut pas moins augmenter le nombre de feuillets blancs. Cependant, dans une entreprise toute désintéressée comme la nôtre, la question d'argent n'est que secondaire ; l'important c'est d'être agréable à nos lecteurs dont le nombre s'accroît sans cesse.

Nous croyons donc bon d'inaugurer aujourd'hui cette transformation dont n'auront qu'à se louer ceux qui se livrent aux recherches bibliographiques. Nous l'appliquerons toutefois avec réserve, très partiellement, uniquement pour permettre de détacher séparément chaque article ; nous étudierons d'ailleurs très prochainement un système de chemises permettant de classer les feuillets détachés sous les rubriques suivantes : Anatomie, Physiologie, Histologie. — Pathologie buccale. — Pathologie dentaire. — Thérapeutique buccale. — Thérapeutique dentaire. — Dentisterie opératoire. — Anesthésie générale. — Anesthésie locale. — Prothèse dentaire. — Bibliographie. — Documents professionnels. Politique professionnelle. — Jurisprudence et Déontologie, *etc., etc.*.

Quant à ceux de nos abonnés qui préféreront faire relier comme autrefois nos volumes semestriels, pour éviter que leurs volumes ne deviennent par trop gros, nous ferons imprimer dorénavant nos numéros sur du papier un peu moins épais.

Nous espérons donc par cette mesure faire plaisir aux bibliographes et aux annonciers, sans pour cela contrarier les partisans des vieilles habitudes, heureux si en contentant tout le monde notre but est atteint.

L'administrateur-gérant.
ED. PAPOT.

Travaux Originaux

CORPS ÉTRANGER ARTICULAIRE

ARTHRITE ALVÉOLO-DENTAIRE ET DÉVIATION DENTAIRE CONSÉCUTIVES

(*Communication à la Société d'odontologie. Séance du* 6 *décembre* 1898).

Par M. le Dr Frey

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris,
Dentiste des hôpitaux.

En avril dernier une de mes patientes vint me trouver avec sa fillette. Cette enfant, âgée de 8 ans, avait ses deux incisives médianes supérieures qui branlaient d'une façon inquiétante, à les cueillir presque avec le doigt ; ces deux dents baignaient dans le pus, les gencives à ce niveau étaient gonflées et décollées, l'os incisif était en pleine ostéite raréfiante ; bref, c'était le tableau d'une double arthrite et périarthrite alvéolo-dentaire.

La maman me fit le récit suivant : la fillette étant chez ses grands parents en province, ceux-ci, ennuyés de lui voir un certain écartement entre les deux incisives médianes supérieures, résolurent de les rapprocher ; sur les conseils amicaux de leur médecin, ils les entourèrent d'un anneau de caoutchouc (procédé dit « de la Religieuse »). L'effet fut d'abord favorable, les dents se rapprochaient, quand, au bout de 8 jours, elles commencèrent à présenter un ébranlement inquiétant ; en même temps les phénomènes inflammatoires s'installaient avec une intensité telle que les grands parents s'empressèrent de reconduire l'enfant à Paris.

On me l'amena.

Je constatai l'arthrite et la périarthrite localisées aux deux incisives médianes ; bien plus, l'ostéite raréfiante des alvéoles avait déjà fait de notables progrès en arrière, mon stylet pénétrait de près d'un demi-centimètre dans le cul-

de-sac gingivo-dentaire palatin avant de rencontrer le rebord alvéolaire.

Malgré les affirmations répétées de la mère, qui me soutenait que l'anneau de caoutchouc, bien loin de s'engager sous la gencive, avait été retiré à temps, dès le début des accidents, les commémoratifs me poussaient à rechercher la présence de ce corps étranger. Avec l'aiguille-sonde j'explorai de tous les côtés les culs-de-sac gingivo-dentaires des deux incisives. En avant très peu de décollement, donc peu de profondeur du cul-de-sac; sur les côtés un peu plus, en arrière presque 1/2 centimètre de décollement et de raréfaction alvéolaire, comme je vous le disais tout à l'heure. Mais partout ma sonde se butait à un rebord alvéolaire épais, résistant; nulle part elle ne percevait la consistance molle et élastique du caoutchouc.

Très perplexe, j'en étais à me demander si j'avais affaire à un corps étranger articulaire, encastré dans l'os pour ainsi dire au cours de son ascension dans l'articulation, de façon à ne plus pouvoir être perçu par l'instrument, ou bien si j'assistais à l'évolution d'une arthrite *provoquée*, chez une enfant descendant d'arthritiques (je dois reconnaître que jamais la fillette jusqu'alors n'avait présenté la moindre manifestation arthritique).

Quoi qu'il en soit, le traitement sembla confirmer cette seconde hypothèse, car, grâce à une intervention énergique et fréquemment répétée, intervention *révulsive, antiseptique et caustique*, les accidents se trouvèrent enrayés en moins d'un mois.

Malheureusement le terrain perdu restait perdu; les dents étaient reconsolidées sans doute, mais leur paroi alvéolo-dentaire postérieure était notablement diminuée; en outre elles s'étaient allongées d'environ 2 millimètres et légèrement déviées sur leur axe; enfin il y avait toujours écoulement d'une petite quantité de pus en arrière par la pression de la gencive.

J'envoyai l'enfant à la campagne pour fortifier son état général un peu ébranlé; mais j'eus bien soin de lui recom-

mander une hygiène bucco-dentaire des plus scrupuleuses et un avertissement à la moindre alerte.

Je l'ai revue au commencement d'octobre : tout allait très bien, l'état général et même l'état local ; les dents étaient restées parfaitement consolidées, et par la palpation de l'os incisif lui-même je constatai uue reconsolidation osseuse totale. Cependant sur la gencive, au niveau de l'incisive médiane supérieure droite, je vis un petit orifice fistuleux d'où s'échappait du pus. J'y enfonçai ma sonde, je perçus la sensation d'un corps mou. J'agrandis l'ouverture (à la cocaïne), je saisis ce corps mou avec la pince : je tirais sur un morceau de caoutchouc rouge qui se laissait distendre, mais sans que je pusse l'enlever complètement : un coup de ciseaux et j'amenai à moi l'anneau de caoutchouc, auteur de tout le mal.

L'explication de tous les phénomènes devenait des plus simples : mise en place d'un anneau un peu étroit pour exercer un rapprochement rapide des dents, mais engagement de cet anneau dans la région articulaire, le long des racines qui l'y appelaient en vertu de leur forme conique, ostéite raréfiante consécutive, et enfin encastrement dans l'os, le tout accompagné de phénomènes inflammatoires périarticulaires du côté de tout l'os incisif et de la gencive. Traitement antiseptique et caustique actif ; sous son influence, puis grâce à une hygiène rigoureuse, tolérance du corps étranger intraarticulaire ; enfin peu à peu formation d'une petite fistule.

Actuellement les dents restent toujours allongées et déviées, mais elles sont plus fermes que jamais et il n'y a plus le moindre écoulement. L'enfant n'a que 8 ans 1/2 ; j'espère que plus tard il me sera possible de redresser la déviation dentaire.

Cette observation, banale en elle-même, me paraît cependant intéressante à plusieurs points de vue :

1° Danger du procédé dit de la Religieuse par la pénétration dans l'articulation et surtout par l'encastrement possible.

2° Influence d'un traitement antiseptique énergique sur l'arthrite et la périarthrite, malgré la présence du corps étranger.

3° Dans un cas semblable, quand on ne perçoit pas le corps du délit et *quand le traitement guérit les accidents immédiats*, doit-on intervenir d'une facon radicale malgré tout, ou surveiller, faire de l'hygiène et attendre ?

TROUBLES TROPHIQUES BUCCO-DENTAIRES DANS L'ATAXIE LOCOMOTRICE

Par M. A. Pont

Interne des hôpitaux de Lyon, Elève à l'Ecole dentaire de Paris

(Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 6 décembre 1898).

Jusqu'en 1868 et 1869, époque à laquelle parurent les travaux de MM. Labbé et Dolbeau [1], la chute spontanée des dents avait été étudiée dans le diabète, la syphilis, la fièvre typhoïde, la paralysie générale, mais était totalement inconnue dans le tabes.

A partir de ce jour l'attention fut attirée sur ce point, et, avec les progrès de l'art dentaire, les observations de chute spontanée de dents dans le tabes se multiplièrent.

En 1871 Dubreuil (de Montpellier) [2] en publiait trois nouveaux exemples.

En 1879 M. Vallin en communiqua également trois observations à la Société médicale des hôpitaux.

Trois ans après, M. Demange (de Nancy) [3] publia deux nouveaux cas avec lésions bulbaires constatées à l'autopsie.

En 1883 deux thèses furent soutenues à la Faculté de Paris sur la chute des ongles et des dents dans l'ataxie locomotrice : celle de M. Bonnieu et celle de M. Hay-Margirandière. Dans ces deux mémoires on trouve reproduites et commentées les observations précédentes.

M. le professeur Raymond, à l'article Ataxie du dictionnaire s'exprime ainsi : « Demange et Vallin ont récemment » publié des observations de tabes, qui présentaient une » particularité curieuse et nouvelle, savoir : la chute spon- » tané des dents consécutive à une véritable exfoliation du » rebord alvéolaire du maxillaire. Nous-même avons » constaté ces faits et les avons mentionnés dans la thèse » de notre élève Bonnieu. Or, Vallin, se fondant, il est vrai,

1. *Bulletin de la Soc. chirurgicale de Paris*, 1868-69.
2. *Bull. de la Soc. chir. de Paris*, 1871.
3. Demange, *Journal des connaissances médicales*, 1882.

» sur un simple examen à l'œil nu, est d'avis que cette
» exfoliation du rebord alvéolaire qui entraîne la chute
» spontanée des dents est due à une ostéite raréfiante, en
» tous points comparable à celle qui prépare le terrain aux
« fractures spontanées. »

Charcot, de son côté, comparait les lésions des maxillaires à l'ostéoporose et à la raréfaction qu'il avait constatée dans les autres portions des squelettes ataxiques.

MM. David et Galippe [1] étudient à leur tour longuement la question : pour eux également le tabes agit par résorption du maxillaire et dans beaucoup de cas, pour M. Galippe, la pyorrhée alvéolaire serait une cause adjuvante de la chute des dents.

En 1885 Manoha [2] décrit spécialement les phénomènes de résorption tabétique.

Signalons encore les travaux de MM. Millioti (de Milan), Fournier, Hudélo, Baudet, Carrière, Letulle, du Castel. M. le Dr Bernard vous a fait en 1895 et 1896 deux communications très complètes sur cette question.

M. Lafontaine [3] a publié sur la chute spontanée des dents un mémoire renfermant un certain nombre d'observations intéressantes.

Enfin dernièrement M. Berret [4] (de Montpellier) a signalé trois nouveaux cas de chute des dents chez des ataxiques qu'il avait soignés à Lamalou.

Il y a deux mois j'ai eu l'occasion d'observer à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. le Professeur agrégé Gangolphe, un malade syphilitique, ataxique et présentant un mal perforant buccal précédé de chute spontanée des dents.

J'ai examiné ensuite d'une façon systématique tous les ataxiques en traitement dans les divers hôpitaux de Lyon. J'ai pu voir ainsi trente tabétiques et j'en ai trouvé huit

1. *Journal des connaissances médicales*, 1882-94.
2. Manoha (th. de Montpellier 1885). *Atrophie du maxillaire.*
3. Lafontaine, th. de Bordeaux, 1895-96.
4. Berret, Congrès dentaire, Lyon, août 1898.

qui avaient présenté très nettement de la chute spontanée des dents.

C'est le résultat de ces recherches que je vais vous exposer, en vous lisant au préalable deux observations seulement : l'une qui représente les cas ordinaires, simples et sans complication ; l'autre représentant les cas graves à marche rapide et s'accompagnant de mal perforant buccal.

Tabes datant de 4 ans. — Depuis trois ans, chute spontanée des dents sans douleur et sans tuméfaction.

J. M., 58 ans, graveur.

Rien de *particulier* dans les antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels pas de pyrexie importante à signaler. Pas d'alcoolisme, pas d'impaludisme.

A 25 ans, *chancre induré* du sillon balano-préputial traité par la liqueur de van Swieten pendant deux mois et ensuite par l'iodure de potassium pendant trois ans. Comme accidents secondaires il aurait eu des plaques muqueuses dans la bouche ; pas de maux de tête la nuit ; pas d'alopécie.

L'affection actuelle a débuté il y a environ quatre ans par une sensation de lassitude extrême dans les membres inférieurs, des douleurs lancinantes dans les mollets, une incontinence nocturne passagère des urines et des troubles de la défécation caractérisés par des défécations lentes et pénibles sans véritable constipation. Quelque temps après ce début, abolition des fonctions génitales sans période prémonitoire d'excitation.

Il y a un an seulement que les troubles d'incoordination ont débuté.

Le malade rentre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Lépine, le 7 juin 1877.

A cette époque on constate :

Motilité. — La station debout, les yeux fermés, est difficile, le malade oscille sans tomber toutefois.

Ataxie légère dans la marche.

Sensibilité. — Douleurs lancinantes, surtout la nuit, dans les membres inférieurs. Sensation de faiblesse et de lassitude générale.

Un peu de diminution de la sensibilité à la piqûre avec léger retard dans les perceptions. Pas de perte de la notion de position des membres inférieurs.

Réflexes rotuliens abolis des deux côtés. Les réflexes plantaires et abdominaux sont conservés.

Vue. — Acuité visuelle très diminuée. Diplopie. Signe d'Argyl-Robertson.

Ouïe. — Diminution de l'acuité auditive.

Troubles viscéraux. — La défécation toujours laborieuse ainsi que la miction.

Crises gastriques. — Pas de crise laryngée. Cœur et poumons normaux.

Pas de troubles trophiques de la peau ou des ongles.

En octobre 1898 nous examinons *la bouche* et nous constatons les signes suivants :

Mâchoire supérieure. — Toutes les dents manquent sauf l'I. L. S. D. la C. S. D. et la 1e P. S. D. Ces trois dents présentent un début d'usure sur leur face triturante ; elles sont très déchaussées et branlantes, pas de carie. La canine en particulier semble près de tomber et la gencive à son niveau est rougeâtre, tuméfiée et présente au voisinage de l'apex de la racine une petite fistule. La pression sur la dent ou sur le trajet de la racine n'est pas douloureux, mais fait sourdre un peu de pus par le collet.

Résorption du rebord alvéolaire assez prononcée, surtout à gauche.

Les dents auraient commencé à tomber il y a environ trois ans, c'est-à-dire un an après le début du tabes.

Depuis lors il n'a jamais eu de signes subjectifs de pulpite et de périostite et les dents sont tombées une à une sans douleur et sans hémorrhagie. Elle commençaient par se déchausser, devenaient branlantes et tantôt elles tombaient spontanément, tantôt le malade les enlevait avec les doigts parce qu'elles gênaient la mastication.

La plupart de ces dents étaient normales et exemptes de carie.

Au *maxillaire inférieur* les dents existent presque toutes et ne présentent rien de particulier à signaler, sauf un ébranlement assez considérable de l'I. M. I. D. et de 1e P. I. D.

Pas de pyorrhée alvéolo-dentaire.

Pas de tartre.

Pas de gingivite.

La sensibilité de la muqueuse buccale est intacte dans tous ses modes. Le goût est normal. Le malade n'a jamais de névralgies du trijumeau. Notons enfin que la chute des dents n'a jamais été précédée de tuméfaction quelconque.

Syphilis. — Ataxie locomotrice. — Chute spontanée de toutes les dents de la mâchoire supérieure. — Résorption complète du bord alvéolaire. — Mal perforant buccal.

A. G..., 52 ans, cultivateur.

Père mort à 73 ans et mère à 68 ans d'affection inconnue du malade.

Antécédents personnels. — Rien de particulier à noter dans l'enfance. A 21 ans, étant soldat, il eut un chancre induré de la verge, qui fut traité par des cautérisations au nitrate d'argent et des pilules à base de mercure. Polyadénite consécutive des ganglions de l'aine de chaque côté. Pas d'adéno-phlegmon. Il continua à prendre ces pilules pendant trois mois, puis cessa tout traitement et ne consulta plus de médecins.

Il raconte qu'à un moment donné il eut mal à la gorge, mais ne peut pas donner d'autre renseignement. Il ne paraît pas avoir eu de céphalée ou d'alopécie.

Marié à 24 ans, sa femme est bien portante et a eu 4 enfants dont deux sont morts, l'un un mois, l'autre deux après la naissance. Elle n'a jamais eu de fausse couche. Les deux autres enfants sont vivants et bien

portants. Il nous a été impossible d'examiner leur dentition et de savoir s'ils avaient eu des signes d'hérédo-syphilis.

Il y a 8 ans (c'est-à-dire 23 ans après l'accident primitif) le malade a commencé à éprouver une sensation de faiblesse dans les jambes et des douleurs fulgurantes dans les deux membres inférieurs.

Il y a un an (novembre 1897) il s'aperçut tout à coup d'une légère tuméfaction au niveau de la joue gauche. Cette tuméfaction, survenue sans cause apparente, ne dura que deux jours et ne s'accompagna d'aucune douleur ; mais à ce moment les dents supérieures du côté gauche tombèrent toutes dans l'espace de deux ou trois jours. Les dents s'ébranlaient tout à coup et le malade les cueillait pour ainsi dire dans leurs alvéoles. Cette chute ne s'accompagna ni de douleur ni d'écoulement sanguin ou puriforme.

Un mois après toutes les dents supérieures de côté droit tombèrent de la même façon. Toutefois la chute des dents ne fut pas précédée de tuméfaction.

A partir de ce jour le bord alvéolaire se résorba peu à peu et actuellement la voûte palatine a perdu presque toute sa concavité et présente dans son ensemble la forme d'un écusson aplati.

Quatre mois après la chute des dents, la muqueuse était normale et toute trace des alvéoles avait disparu. Toutefois au niveau des 1[e] M. S. droite et gauche il persistait deux petits pertuis qui s'agrandirent peu à peu et un jour le malade constata que pendant la mastication des parcelles alimentaires pénétraient dans ses fosses nasales.

Etat actuel. — Du côté de la *motilité* pas de perte de la force musculaire. Incoordination des membres inférieurs assez nette dans la marche, mais peu marquée.

Rien aux membres supérieurs. La station debout, les talons réunis et les yeux fermés, est impossible.

Sensibilité. — Les douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs persistent toujours, mais ont beaucoup diminué depuis deux ou trois ans.

Pas de troubles de la sensibilité objective, sauf au niveau de la muqueuse palatine.

Réflexes. — Rotuliens abolis des deux côtés.

Vue. — Caratacte de l'œil gauche. Acuité visuelle diminuée et signe d'Argyl-Robertson pour l'œil droit.

Pas de trouble de l'audition.

Pas de troubles viscéraux.

Pas de troubles trophiques de la peau et des ongles.

A l'examen de la bouche on constate : au maxillaire supérieur, toutes les dents manquent et le rebord alvéolaire est totalement résorbé. Au niveau du bord droit, à la place occupée autrefois par la première molaire, on constate une perte de substance ovalaire mesurant environ 1 centimètre dans le sens antéro-postérieur et 4 à 5 millimètres dans le sens transversal. En explorant avec un stylet on arrive immédiatement sur l'os dénudé ; au centre la perforation intéresse même le tissu osseux et on parvient ainsi dans le sinus.

Du côté gauche,à peu près au niveau du siège des deux premières

molaires, il existe une deuxième perte de substance mesurant environ deux centimètres dans son diamètre, parallèle à l'arcade, et un centimètre et demi dans le sens transversal. La perforation osseuse est également très étendue, de telle sorte qu'on peut presque introduire l'extrémité du petit doigt dans le sinus. Les bords de chacune de ces deux pertes de substances sont assez réguliers et la muqueuse à leur niveau n'est ni tuméfiée ni décollée. La sensibilité de la muqueuse palatine est très diminuée, elle est même totalement abolie au pourtour des perforations. La gustation est à peu près nulle et le malade discerne mal les aliments sucrés des aliments acides.

Du côté du *maxillaire inférieur* rien de spécial à signaler, les dents sont presque au complet et ne sont pas recouvertes de tartre.

Comme *traitement* on donne de l'iodure et on fait porter au malade un appareil en vulcanite différant peu des dentiers ordinaires.

A la suite de ces deux observations je crois utile de vous rappeler brièvement comme exemple de cas graves l'observation publiée par M. Letulle[1].

Il s'agissait d'un ancien syphilitique et tabétique avéré, chez lequel on constatait :

1° La disparition de toutes les dents du maxillaire supérieur, sauf deux molaires gauches ;

2° La disparition de toutes les dents du maxillaire inférieur du côté gauche ;

3° Une perte de substance ayant effondré la moitié droite du palais et du rebord alvéolaire.

On constatait à ce niveau une sorte d'infundibulum à muqueuse pâle, très épaisse, à sensibilité obtuse, et au fond de l'entonnoir un orifice de communication avec la fosse nasale correspondante.

Avant d'aborder l'étude clinique, anatomo-pathologique et étiologique de ces troubles trophiques du tabes, je me permettrai de vous exposer quelques idées générales tirées de l'examen de mes malades.

Je crois tout d'abord que la chute spontanée des dents et le mal perforant buccal sont des troubles de même ordre et qu'il est presque impossible de les étudier séparément.

En effet ces troubles sont les deux étapes d'une même lésion nerveuse portant sur les fibres trophiques du trijumeau ou sur leurs noyaux d'origine, et il existe toute une série de cas intermédiaires qui permettent de passer sans transition des cas simples, caractérisés par la chute spontanée de

1. Letulle, *Soc. méd. des hôpitaux*, 20 juillet 1894.

3 ou 4 dents, aux cas les plus compliqués comme celui publié par M. Letulle, ou comme celui qui fait le sujet de ma dernière observation.

Les infections d'origine buccale n'entrent pas en cause dans l'un et l'autre cas, elles ne font que compliquer et aggraver les symptômes. C'est vous dire que la pyorrhée alvéolo-dentaire, si fréquente chez les ataxiques, ne précède pas forcément la chute spontanée des dents et que, lorsqu'elle existe, elle ne joue que le rôle de cause adjuvante.

C'est vous dire aussi que, contrairement à l'opinion de quelques auteurs, le mal perforant doit être considéré exclusivement comme une lésion trophique et non comme une complication tardive et microbienne de la chute des dents.

Toutefois il nous est encore impossible de nous prononcer sur la nature intime de ces troubles. Les recherches anatomo-cliniques et expérimentales ne nous apprennent rien de précis. Nous avons vu plus haut que Demange a publié deux observations de malades tabétiques ayant eu de la chute spontanée des dents et à l'autopsie desquels on constata des lésions au niveau des noyaux bulbaires du trijumeau. Mais ces lésions ne sont pas constantes et doivent être en outre confirmées par de nouvelles observations et de nouvelles recherches.

Nous savons d'autre part que si, à l'exemple de Schiff, on sectionne le trijumeau d'un jeune chien, on observe consécutivement des altérations de la muqueuse buccale et des dents, mais jamais de chute spontanée ni de mal perforant buccal.

Nous devons enfin nous poser une dernière question : ces troubles ne sont-ils pas produits par la syphilis plutôt que par l'ataxie ?

On sait en effet, depuis les remarquables travaux du professeur Fournier, que la plupart (90 o/o environ) des ataxiques sont des syphilitiques. Il y a lieu de se demander dans ces conditions si les prétendus troubles trophiques de l'ataxie ne sont pas des lésions buccales de la syphilis. Cette dernière affection provoque fréquemment, nous le

savons, la chute des dents et des perforations palatines. D'un autre côté les ataxiques peuvent présenter au cours de leur maladie des gommes ou autres troubles tertiaires comme tous les syphilitiques en général.

Mais le mal perforant buccal et la chute spontanée des dents présentent chez les tabétiques des caractères tout à fait à part et qui les distinguent nettement des troubles semblables provoqués directement par la syphilis.

Ceci m'amène tout naturellement à vous faire la description clinique de ces troubles trophiques. On peut les observer à toutes les périodes de l'ataxie ; néanmoins c'est surtout pendant la période préataxique que commence la chute spontanée des dents.

Quant au mal perforant buccal, il survient, lui aussi, quelquefois dans la période préataxique,[1] mais le plus ordinairement on l'observe dans une période plus tardive et en pleine évolution tabétique. Tantôt il survient indépendamment de la chute spontanée des dents, tantôt au contraire il semble en être la conséquence. On sait que chez beaucoup de sujets l'apex des racines de 1re et 2e molaires n'est séparé du bord inférieur du sinus maxillaire que par une mince lamelle osseuse.

On sait d'autre part, comme nous le verrons tout à l'heure, que la chute spontanée s'accompagne de résorption alvéolaire totale. Il est donc possible que dans certains cas le début du mal perforant soit consécutif à la chute spontanée et à la résorption alvéolaire. Il se produit une ouverture spontanée du sinus, et les traumatismes et les infections microbiennes secondaires agissant sur une région hypoesthésiée, la perte de substance augmente ainsi très facilement. Mais pour que le mal perforant se produise dans ces circonstances, il faut qu'il y ait anesthésie ou tout au moins diminution de la sensibilité de la région. Ces troubles de la sensibilité indiquent bien qu'il s'agit d'un trouble trophique, car autrement on ne comprendrait pas pourquoi, chez le

---

1. Du Castel, *Soc. franç. de dermatol.*, mai 1895.

vieillard par exemple, il ne surviendrait pas plus souvent des perforations sinusiennes.

La chute spontanée des dents coïncide quelquefois avec des troubles de même ordre tels que la chute des ongles, le mal perforant plantaire, etc.

L'apparition de ces troubles bucco-dentaires peut tantôt se faire brusquement, tantôt être précédée de symptômes précurseurs, qui se passent pour la plupart dans la sphère du trijumeau.

On a décrit ainsi des douleurs fulgurantes de la face, une sensation d'allongement ou d'agacement des dents, sensation analogue à celle de la stomatite mercurielle, mais survenant bien entendu indépendamment de tout traitement hydrargyrique; quelquefois aussi on a pu observer du gonflement des lèvres ou de la joue, une tuméfaction plus ou moins dure de la gencive, mais sans symptômes de périostite. Ces symptômes prodromiques ne sont pas rares, mais ils sont loin d'être la règle, comme quelques auteurs ont voulu le dire, car ils ne sont pas signalés dans beaucoup d'observations.

Les dents, sans être douloureuses à la pression ou à la percussion, s'ébranlent peu à peu et tombent sans provoquer ni douleur ni hémorrhagie. Dans certains cas leur chute se fait spontanément pendant la mastication. Dans d'autres, elles deviennent très branlantes, sont une gêne pour le malade qui va les cueillir lui-même suivant l'expression classique. Elles sont le plus souvent totalement saines, n'offrent pas de carie et leur pulpe est normale.

On a signalé dans certaines observations des dépôts de tartre plus ou moins considérables sur les dents des ataxiques. Mais ce fait est loin d'être constant et d'ailleurs n'est pas en rapport avec le tabes.

Les dents qui tombent les premières sont les prémolaires et les canines. Les dents du haut sont le plus fréquemment en cause et c'est presque toujours par les prémolaires et les canines supérieures que débute l'affection. Il est exceptionnel de voir les dents inférieures tomber avant les supé-

rieures et par contre c'est presque la règle de voir tout le maxillaire supérieur dégarni, alors que les dents inférieures sont pour ainsi dire absolument intactes.

On a beaucoup discuté sur la résorption alvéolaire. Certains auteurs ont prétendu que la résorption précède toujours la chute spontanée des dents et que celles-ci sont maintenues seulement par le ligament alvéolo-dentaire.

D'autres auteurs au contraire, sans nier la résorption alvéolaire, qui est constante et totale, en font toutefois un phénomène secondaire à la chute des dents.

D'après l'examen de nos malades nous nous croyons autorisé à émettre l'opiniòn suivante qui concilie les deux autres : la résorption alvéolaire précède toujours la chute des dents chez les ataxiques, mais elle n'est jamais complète tant que la dent n'est pas tombée. L'alvéole ne forme plus qu'un cornet très mince, ses parois sont friables et peu résistantes ; en un mot il y a raréfaction alvéolaire, mais non résorption ; toutefois cette dernière s'achève et se complète très rapidement après la chute de la dent.

A part l'observation et l'examen des malades, il y a un fait qui prouve que cette résorption n'est jamais complète avant la chute spontanée. Il s'agit de l'élimination de petits séquestres qui se produit après la chute des dents, principalement chez les ataxiques atteints de pyorrhée alvéolo-dentaire.

Je passerai rapidement sur les lésions anatomo-pathologiques, à part les lésions osseuses, qui sont très mal connues.

Nous avons vu que les dents sont le plus ordinairement saines et exemptes de carie. Nous avons vu aussi que dans certains cas on a signalé des lésions bulbaires au niveau des noyaux d'origine du trijumeau sensitif.

Quant aux lésions des alvéoles ou du maxillaire, elles ne diffèrent pas de celles décrites par Charcot dans les autres portions du squelette.

Il me resterait à vous dire quelques mots sur les lésions du périoste alvéolo-dentaire et des muqueuses ; mais ce point de la question n'est pas élucidé et demande de nouvelles

recherches. Je n'y insisterai donc pas et je passerai ainsi directement à l'étude du traitement.

Il est indiscutable qu'avant tout on devrait s'adresser à la cause, c'est-à-dire instituer le traitement de l'ataxie. Il faut bien savoir toutefois qu'il sera difficile, pour ne pas dire impossible, d'enrayer, malgré tout, la marche des accidents.

On a vu certains troubles, le mal perforant plantaire par exemple, s'améliorer et guérir sous l'influence de la pendaison. Mais nous ne connaissons pas de cas de chute spontanée des dents ou de mal perforant buccal enrayé ou guéri par telle ou telle médication. Les désordres se réparent en effet beaucoup plus difficilement dans la bouche ; nous n'avons pas ici comme dans la région plantaire cette épaisse couche de tissu cellulo-graisseux et le squelette est immédiatement touché.

Mais si le traitement général ne nous est d'aucun secours pour ces troubles trophiques bucco-dentaires, le traitement local nous permettra au contraire d'être très utile au malade. Dans le cas de la chute spontanée il faudra enlever le tartre des dents restantes, faire des nettoyages fréquents et recommander au malade d'exagérer les soins de propreté et d'antisepsie.

S'il existe de la pyorrhée, on la traitera par les moyens ordinaires. On arrivera de la sorte, non pas à arrêter la chute des dents branlantes, mais à empêcher les infections secondaires et les désordres plus graves qui ne manqueraient pas de se produire.

Dans le cas de mal perforant buccal on instituera des lavages antiseptiques matin et soir, surtout si le malade porte un appareil. Ce dernier, destiné à intercepter la communication qui existe entre la cavité buccale et les fosses nasales ou le sinus devra être aussi simple qu'il est possible ; on ne mettra pas de succion alors même qu'il y aurait la place suffisante et surtout on ne fera pas de prolongement destiné à combler la perte de substance. La succion portant sur une muqueuse dont la sensibilité et la vitalité sont amoindries occasionnerait fatalement des ulcérations ou

d'autres désordres plus considérables. De même un prolongement comblant l'orifice et la perte de substance ne ferait que l'agrandir et dans tous les cas serait inutile.

Pour nous résumer il ne nous reste plus qu'à tirer de ce qui précède les *conclusions* suivantes :

1° La chute spontanée des dents est un trouble trophique assez fréquent dans le tabes ; nous l'avons rencontré 8 fois sur 30, c'est-à-dire environ dans 24 o/o des cas. Le mal perforant buccal est un trouble trophique de même ordre, mais beaucoup plus rare que le précédent ;

2° Ces phénomènes peuvent se produire à toutes les périodes de la maladie, mais c'est surtout à la période préataxique que se produit la chute des dents ;

3° L'apparition de ces troubles est souvent, mais non toujours, précédée de symptômes tels que douleurs fulgurantes, gonflement, etc ;

4° Les dents sont le plus souvent absolument intactes et tombent sans hémorrhagie ni douleur. Le mal perforant ne provoque également ni douleur ni hémorrhagie et souvent le malade ne s'aperçoit de sa lésion que par le passage des aliments par les fosses nasales ;

5° Ces troubles sont surtout fréquents au maxillaire supérieur. La chute des dents débute presque toujours par les canines et les petites molaires supérieures ;

6° Il se produit avant la chute spontanée une raréfaction osseuse qui transforme l'alvéole en un cornet mince et friable. Ce n'est qu'après la chute de la dent que l'alvéole se résorbe totalement ;

7° Le mal perforant peut survenir indépendamment de la chute spontanée ; dans certains cas il semble en être la conséquence ;

8° Ces troubles trophiques sont dus à des lésions du trijumeau ; mais la clinique, l'anatomie pathologique et les expériences ne nous permettent pas de conclure sur la nature et sur le siège de ces lésions ;

9° Le traitement est à peu près nul : il consistera à éviter

les infections secondaires en observant les prescriptions hygiéniques et antiseptiques.

S'il est nécessaire de faire porter un appareil prothétique, on le construira aussi simple qu'il est possible et on recommandera au malade d'exagérer les soins de propreté.

Je termine là cette communication, un peu trop longue peut-être, mais qui demandait en raison de son importance de pareils développements. Ces troubles survenant à la période préataxique, c'est-à-dire au moment où le plus souvent le diagnostic n'est pas encore établi, il pourra se faire que le malade vienne consulter le dentiste avant le médecin. Nous pourrons alors par l'étude des symptômes locaux soupçonner, puis diagnostiquer l'affection causale et nous aurons ainsi la double satisfaction d'avoir été un bon clinicien et un utile praticien.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Labbé, *Bull. de la Soc. chir. de Paris*, 1868.
Dolbeau, *Bulletin de la Soc. chir. de Paris*, 1869.
Dubreuil, *Bull. de la Soc. chir. de Paris*, 1871.
Vallin, *Soc. médicale des hôpitaux*, 1879.
Demange, *Journal des connaissances médicales*, 1882.
Bonnieu, th. Paris, 1883.
Hay-Margirandière, th. Paris, 1883.
David, *Journal des connaissances médicales*, 1882-1894.
Galippe, id.
Manoha, th. de Montpellier, 1883.
Lereboullet, *Gazette des hôpitaux*, 1879.
» *Gazette de médecine*, Montpellier, 1885, 1886
Baudet, *Union médicale*, nov. 1894.
» *Archives générales de médecine*, 1895.
Carrière, th. Paris. 1892.
Raymond, Art. *Ataxie. Dict.* Dechambre.
Hudelo, *Annales de dermat.*, 1893-97.
Letulle, *Société méd. des hôpitaux*, 20 juillet 1894.
Du Castel, *Soc. Franç. de dermatol.*, 9 mai 1805.
Lafontaine, Th. Bordeaux, 1895-96.
Bernard, *L'Odontologie* , 1895 et 1896.
Berret, Congrès dentaire de Lyon, 1898.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1899

MM. **Lemerle** ✪, *président.*
Dr Sauvez, *vice-président.*
L. Richard-Chauvin, ✪, *vice-présid.*

MM. **Choquet**, *secrétaire général.*
Jeay, *secrétaire des séances.*
Dr Pitsch, *secrétaire des séances.*

MM. **Meng.**
Touvet-Fanton.
Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey et Poinsot.**

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1898

BUREAU

M. **Martinier** ✪, *président.*

MM. **d'Argent** ✪, *vice-président.*
Richer, *vice-président.*
Devoucoux, *secrétaire général.*

MM. **Prével** ✠, *secrétaire adjoint.*
Rollin ✪, *trésorier.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.** ✻, ✪, **Poinsot** ✪.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Billet**, **Claser** ✠, **Godon** ✪, **Lemerle** ✪, **Dr Maire**, **de Marion** ✪, **Ed. Papot** ✪, **Paulme**, **Richard-Chauvin** ✪, **Stévenin**, **Viau** I ✪.

PROVINCE *(Nord-Est).*

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. **Dr Martin** ✪ (Lyon), **Schwartz** ✪ (Nimes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr) ✪, **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit** (A.), **Gardenat**, **Pillette**, **Wiesner**, ✻, ✪.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire* ; **Billet**, **De Marion**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin.**

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de l'*Odontologie.*

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union :*
15 0/0 de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 **CABINET A CÉDER DE SUITE,** affaires 12.000 francs par an. Toutes facilités de payement. Ecrire Saillard, rue Carnot, Chalons-sur-Marne. (127-[1])

---

2 **OCCASION EXCEPTIONNELLE A CÉDER DE SUITE** en province un cabinet faisant 10 à 12.000 fr. d'affaires, installation d'eau chaude et d'eau froide — reprise du bail et 3.000 fr. — meubles et instruments à volonté au prix d'estimation.
S'adresser à XYZ aux soins de M. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (126-[1])

---

3 **UN JEUNE HOMME** s'offre comme *apprenti mécanicien.* Ecrire à Muggerditch Baghdjian, 3, rue de Chevreuse, à Paris. (125-[1])

---

4 **A CÉDER** bon cabinet dans une sous-préfecture de l'Est : Loyer 400 fr. Recettes 10.000 fr. Prix 3.000 fr. S'adresser à M. Julien, à Lignières, par Villotte (Meuse). (124-[1])

---

5 On demande des **JEUNES MÉCANICIENS** ayant fait un très bon apprentissage. Se présenter de 11 heures à midi chez M. Platschick, 3, Rue Ventadour, Paris. (123-[1])

---

6 **UNE DAME** *docteur en médecine* offre à une *dame dentiste,* un cabinet et une salle d'attente, dans son appartement situé quartier de la Madeleine. — *Conditions avantageuses.* Ecrire aux initiales D. E. P. aux soins de M. Papot, 67, rue St-Lazare, Paris. (121-[3])

---

7 **UN CHIRURGIEN-DENTISTE,** D. E. D. P., désire acquérir dans un centre de la province un cabinet faisant de 20 à 30.000 fr. d'affaires. S'adresser à M. Papot, 67, rue St-Lazare, Paris. (120-[3])

---

8 **A CÉDER** dans le plus grand centre de l'*Ouest* un cabinet faisant 30,000 fr. Le successeur éventuel serait d'abord opérateur mecanicien pendant un, deux ou trois ans, à son gré, avant de traiter. Prix 50,000 fr., moitie comptant. Ecrire à Ouest, aux soins de M. Papot, 67, rue St-Lazare, Paris. (117-[5])

---

9 **BON OPÉRATEUR** expérimenté, très sérieux, sept ans de pratique, *Diplômé de la Faculté de médecine de Paris, D. E. D. P.*, demande place dans une grande ville. Ecrire A. B. aux soins de M. Papot, 67, rue St-Lazare, Paris. (116-[5])

---

10 **UN DIPLOMÉ** de l'Ecole dentaire de Paris, *très bon opérateur*, parlant plusieurs langues, désire obtenir une place à Paris, ou de préférence en province. S'adresser à M. Christo, aux soins de M. Papot, 67, rue St-Lazare, Paris. (115-[6])

---

11 **A CÉDER,** *raison de santé,* Cabinet bien situé dans quartier d'avenir à Paris. — Long bail à volonté. — Loyer 1300 fr. net, recettes prouvées 10,000 fr. — Prix demandé avec beau mobilier et outillage : 12,000 fr. Ecrire aux initiales B. D., chez M. Papot, 67, rue St-Lazare, Paris. (114-[6])

---

12 **DOCTEUR EN MÉDECINE** demande emploi quelconque dans Ecole dentaire, clinique ou comme assistant d'un dentiste. — Conditions à débattre. Ecrire à M. E. Bonnard, 46, rue Lafayette, Paris. (105-[13])

DES STADES AMPHIBOLES DE LA CARIE DENTAIRE [1]

RADICULITE INFECTIEUSE

Par M. Georges Mahé

(Suite)

Anatomie pathologique. — Je n'entreprendrai pas de donner de la radiculite une description anatomo-pathologique digne de ce nom, car cette description supposerait l'examen histologique de la lésion et il ne m'a pas été possible de le pratiquer. Un tel examen, outre qu'il nécessite l'avulsion de la dent, exige aussi une préparation *in situ* des tissus à étudier, tissus très fragiles, d'un volume extrêmement petit et profondément situés au centre des parties dures dont la décalcification ou l'usure altéreront presque fatalement leur texture délicate.

Mais, à défaut de ce tableau achevé, une esquisse est possible, d'après les constatations qu'il est facile de faire dans le cours du traitement.

Etat de la pulpe. — Le premier fait à noter, fait d'ailleurs caractéristique de la radiculite vraie, c'est la destruction totale de la pulpe coronaire. Et cette pulpe peut avoir disparu par des mécanismes différents.

D'abord par *nécrose vulgaire*, par un mécanisme analogue à celui qui transforme ordinairement le 3e en 4e degré et qui d'ailleurs n'est pas très bien fixé. C'est là une variété rare, et encore ne saurais-je affirmer que dans les quelques cas que j'en ai cru rencontrer ma conviction ait été déterminée plus par l'évidence que par la difficulté de reconnaître un autre processus. Cette rareté s'explique d'ailleurs assez bien. Dans les cas ordinaires et classiques la désorganisation de la pulpe s'étend à tout l'organe, progressivement ou uniformément (nous l'ignorons), mais en tous cas, elle ne se limite pas à la partie coronaire. Pour que l'évolution morbide se fasse dans le sens radiculite, il faut qu'elle

1. Voir *L'Odontologie*, n° du 30 décembre 1898.

reconnaisse comme point de départ d'autres causes que des causes ordinaires [1]. Aussi, si dans la première partie de cette étude j'ai parlé à plusieurs reprises de pulpite primitive, je n'ai pas entendu par là désigner fatalement et toujours la pulpite banale.

Bien plus fréquente en effet est la transformation de la pulpe par *éburnification*, tellement fréquente même que j'en ferais volontiers la cause déterminante ordinaire de la radiculite infectieuse. Je l'ai rencontrée sous toutes ses formes et à tous les degrés : tantôt occupant complètement la chambre, à l'exception des angles au niveau desquels subsistent de tout petits pertuis ; tantôt formant dans cette chambre des nodules isolés ; tantôt hyperplasiant les parois de la chambre et particulièrement le plancher ; tantôt enfin accentuée surtout au pourtour de l'orifice des canaux, qui est retréci et comme étranglé par cette production anormale de dentine.

Cette fréquence de l'éburnification pulpaire comme cause de la radiculite infectieuse nous indique la véritable signification de celle-ci et nous permet de comprendre en quoi elle diffère des formes courantes de la destruction pulpaire.

Qu'est-ce donc en effet que l'éburnification de la pulpe, sinon une réaction curatrice de la pulpe atteinte, de même que la dentine secondaire est une réaction curatrice de la pulpe non encore atteinte, mais déjà touchée ?

Dans la carie qui évolue librement, sans résistance de la part de l'organisme, le 2° degré aboutit au 3° et le 3° au 4°, par des transitions insensibles et pour ainsi dire toutes naturelles.

Mais si l'organisme résiste et selon le moment où se manifeste cette résistance :

Le 2° peut aboutir à une « *carie sèche* », qui est une gué-

---

1. La bactériologie de cette lésion reste à faire. Les micro-organismes qui en sont la cause active sont-ils plus virulents ou moins virulents que dans la nécrose banale de la pulpe ? La question est *a priori* discutable et il serait intéressant de l'étudier directement.

rison parfois définitive, mais parfois aussi temporaire et sous laquelle peut se développer un peu plus tard soit une *gangrène*, soit une *nécrose* pulpaire[1];

Le 3e peut se transformer en *éburnification* pulpaire, et si cette néo-formation était parfaite, ce serait assurément une guérison. Mais elle ne l'est pour ainsi dire jamais : presque toujours les angles de la chambre restent perméables et les germes peuvent aller infecter les radicules qui, moins bien douées que la pulpe sous le rapport du pouvoir dentigène, ne peuvent que s'enflammer, et la *radiculite infectieuse* est constituée.

Ainsi les stades amphiboles de la pathologie pulpaire nous apparaissent, d'une manière très générale, comme des *tentatives de guérison avortées.*

Il est enfin un mode de destruction de la pulpe d'un genre tout spécial, qui, au point de vue étiologique, n'a qu'une valeur tout à fait secondaire, mais sur lequel je tiens à m'arrêter, parce qu'il a toute la signification d'un fait expérimental et qu'il éclaire bien, à mon avis, cette question de la radiculite: c'est la destruction par *escharification.*

Il nous est arrivé à tous, après avoir appliqué un pansement arsenical dans un 3e degré, de n'avoir pas, malgré les recommandations les plus précises, revu notre patient qui, ne souffrant plus, a remis à plus tard la suite du traitement. Et d'autre part nous voyons parfois dans notre cabinet de ces patients erratiques, antérieurement pansés par un confrère. Neuf fois sur dix c'est de radiculite qu'ils souffrent et non point d'infection pure et simple, comme on pourrait

---

1. *Gangrène* et *nécrose* sont en somme deux formes d'un même processus. Cependant, dût cela encore être traité de pure subtilité, j'appellerai d'une façon plus précise :

Gangrène (c'est le mot admis) la mortification *douloureuse* de la pulpe, celle qu'a étudiée M. Gross ;

Nécrose, la mortification *indolore* de la pulpe, celle-ci étant en tout analogue à celle-là, mais ne se révélant que par des *phénomènes infectieux*, qui peuvent acquérir une réelle gravité, sans que le patient ait jamais éprouvé la moindre douleur.

d'abord le supposer, si l'on oubliait le peu d'action qu'a sur la radicule l'arsenic déposé à la périphérie de la pulpe coronaire. Cette variété de radiculite ne présente d'ailleurs rien de spécial : tout ce que je viens de dire de la radiculite « spontanée » lui est applicable et je me base précisément sur cette similitude d'évolution dans un cas où le mécanisme est indiscutable pour en induire la similitude de processus dans tous les cas où l'évolution est identique.

Cette variété m'amène aussi à signaler, sans m'y arrêter, car ce serait à la fois sortir de mon sujet et en aborder un autre, assez intéressant pour être traité à part, à signaler, dis-je, la fréquence, la très grande fréquence de la *radiculite,* mais cette fois de la radiculite purement inflammatoire, non infectieuse [1], au cours du traitement du 3e degré et particulièrement du traitement incomplet. Ce traitement incomplet peut être involontaire, par suite d'une tentative infructueuse d'extirpation de la radicule, insuccès qui sera rarement suivi d'accidents infectieux pour peu qu'on opère proprement, mais qui sera très souvent suivi de réaction inflammatoire. Il peut être aussi le résultat d'un dessein mûrement réfléchi, et l'*amputation de la pulpe*, telle que l'ont préconisée Witzel, Herbst, etc., rencontre sa plus grosse cause d'échecs, non pas dans l'*infection* consécutive, comme on l'a dit à tort, infection d'ailleurs dont il est relativement facile de se garantir, quoi qu'on en ait dit encore, mais bien dans la *radiculite* dont il est infiniment plus difficile d'empêcher la production. Je le répète, c'est un sujet qui mérite qu'on y revienne.

Etat de la radicule. — Quel que soit le mécanisme par lequel la pulpe coronaire ait disparu, seule la radicule subsiste et se présente, selon les cas, sous des apects très différents, mais répondant en somme au même ensemble symptomatologique.

1. Je n'ignore point qu'au point de vue bactériologique pur on doit, dès le commencement du 3e et parfois même dès le 2e degré avancé, considérer la pulpe comme infectée. Mais *cliniquement* nous n'avons que très rarement des signes indiquant cette infection. Et c'est au point de vue clinique, macroscopique, que je me place.

Le cas le plus net, mais non le plus fréquent, c'est la persistance dans toute l'étendue du canal d'une radicule *en apparence* normale, rouge, saignante et sectionnée au niveau de l'orifice du canal avec une netteté parfois surprenante.

Dans d'autres cas elle est le siège d'une véritable gangrène : elle est *cadavérique*, blanche, verdâtre, exhalant une odeur nauséabonde. Si cette décomposition s'étend uniformément à toute la longueur de la radicule, je serais assez porté à ne voir dans ces cas que la terminaison d'une nécrose pulpaire totale dont les débuts auraient passé inaperçus. Mais souvent aussi, et cela appartient en propre à la radiculite, cette radicule n'est nécrosée que dans sa partie supérieure, la partie apicale restant rouge et homogène.

Enfin, il est une variété bien intéressante, dans laquelle malgré l'*hypersensibilité extrêmement vive* au sondage, et malgré la netteté des symptômes précédemment étudiés, il est impossible de trouver dans le canal *trace d'un tissu organisé :* la sonde a provoqué une douleur suraiguë ; on la retire chargée d'une bouillie noirâtre, infecte ; pendant quelques instants le patient éprouve une exacerbation très vive de sa névralgie. On réintroduit la sonde avec précaution, s'attendant à chaque instant à retrouver la sensibilité et on ne la retrouve plus. On croit avoir, lors de la première tentative, rompu la radicule au niveau de son implantation apicale et on la cherche dans le canal. On la cherche avec la sonde nue, avec la sonde chargée de ouate, avec le Donaldson à crochet ou barbelé, et on ne la trouve pas. Les instruments ramènent des débris informes, sorte de boue semi-liquide et nauséabonde, ou de petites granulations sans caractère, mais rien qui rappelle de près ou de loin une radicule même très désorganisée, même très fragmentée. Et d'ailleurs, à partir de ce moment c'en est fini des symptômes douloureux : il ne reste plus que les symptômes infectieux dont le traitement ordinaire aura raison [1].

---

1. Dans les dents multiradiculaires il peut arriver, comme M. Gross le

*
* *

Physiologie pathologique. — Nous est-il possible de chercher à comprendre quelques points *a priori* singuliers de l'affection que je décris, mais que ce que nous savons de la pulpe dentaire nous rend en somme assez faciles à expliquer? Je veux parler de la réaction spéciale de la radiculite à l'arsenic et de la possibilité d'une sensibité exquise unie à une désorganisation apparente à peu près totale. — Ces deux phénomènes reconnaissent d'ailleurs, à mon avis, une seule et même cause.

Paolo Carreras a remarqué [1] que dans la « gangrène » pulpaire résultant de l'application de l'acide arsénieux *les éléments nerveux sont, de tous les tissus de la pulpe, ceux qui résistent le plus longtemps à la désorganisation.* Ce n'est pas là une vue de l'esprit, c'est un fait directement constaté par l'auteur.

Or rien ne nous autorise à penser que ce soit là un caractère spécifique de la « gangrène arsenicale » et beaucoup de faits cliniques, dont la radiculite infectieuse est certainement un des plus marquants, nous permettent au contraire de supposer, à défaut d'examens directs, et conformément aux enseignements de la pathologie générale, qu'il en est de même dans tous les cas de désorganisation de la pulpe et que le tissu nerveux est presque toujours un des derniers à conserver sa structure et ses fonctions.

Figurons-nous cette pulpe dans laquelle tous les éléments cellulaires sont profondément altérés, la circulation ralentie ou abolie, et seuls quelques filets nerveux, quelques cylindre-axes à peu près indemnes et déjà surexcités par les toxines qui imprègnent le tissu désorganisé [2] ; et supposons que sur un

---

signale dans la seconde partie de son étude et comme M. Hugenschmidt l'avait déjà décrit, que les différentes radicules ne soient pas toutes simultanément au même point du processus destructif. Je crois qu'il n'y a là qu'une question de degré qu'il est bon de connaître, mais qui ne présente en somme rien de particulièrement intéressant.

1. *Il Progresso Dentistico*, in *L'Odontologie*, nov. 1892, p. 521.

2. Dans le 3e degré franc il est déjà probable que dans nombre de cas la

tel organe nous appliquions un corps aussi irritant que l'arsenic. Que va-t-il se produire? Pas d'escharification assurément, car un tel résultat suppose l'absorption de l'agent caustique, et des cellules en voie de dégénérescence absorbent peu ou point, mais par contre une violente réaction douloureuse des extrémités nerveuses si péniblement irritées déjà. — Or c'est précisement ce qu'on observe parfois fort bien dans la radiculite infectieuse.

Et nous pouvons comprendre aussi facilement ce qui va se passer si dans un tel organe nous introduisons un peu vivement une sonde à canaux. Nous allons du premier coup réduire en bouillie ce tissu dont les éléments n'offraient entre eux presque plus de cohésion, rompre les filets nerveux encore subsistants, provoquer de ce fait une douleur violente, mais suivie d'un calme définitif. Et il nous sera impossible de retirer du canal ainsi sondé autre chose qu'un putrilage informe. — C'est là encore ce que la clinique permet de vérifier.

*
* *

Traitement. — Il me reste maintenant à donner du traitement quelques indications qui découlent naturellement de toutes ces considérations.

Si l'on se trouve en présence de radicules affleurant le plancher de la chambre pulpaire, rouges et saignantes, on pourra tenter prudemment la cautérisation arsenicale. Par prudemment j'entends mitiger fortement le composé arsenical par du phénate de cocaïne, ne pas le comprimer sur la radicule, ne pas le recouvrir de teinture de benjoin, qui a

---

douleur a pour origine l'irritation provoquée par les toxines microbiennes, mais les irritations mécaniques ou thermiques peuvent également être incriminées. Dans la radiculite, au contraire, ce que nous savons des dispositions anatomo-pathologiques de la lésion nous permet d'éliminer, en tant que causes efficientes, ces derniers phénomènes; et c'est là une des raisons qui légitiment l'appellation d'*infectieuse*.

Ceci est d'ailleurs un fait de pathologie générale de la pulpe. Une hypersensibilité en disproportion évidente avec des lésions en apparence peu sérieuses est presque toujours le signe d'une désorganisation avancée.

sur la pulpe en général des effets irritants, attribués souvent à tort à l'arsenic, prévenir le patient d'avoir à revenir si la douleur ne semblait pas céder, enfin en cas d'échec ne pas insister.

Je crois que dans l'immense majorité des cas le meilleur traitement est l'*extirpation immédiate*, dès la première séance, sans pansements préalables.

Cette extirpation sera pratiquée de deux façons différentes, selon l'état des lésions. Mais comme on ignore avant l'intervention à quelle variété on a affaire, je conseillerai d'opérer dans l'ordre suivant :

Tout d'abord il convient de désinfecter aussi complétement qu'il est possible toute la partie de la cavité pulpaire remplie de détritus complètement dissociés.

Ceci fait, avec le crochet de Donaldson on essaiera de harponner l'extrémité de la radicule. Si celle-ci présente encore une homogénéité suffisante, le crochet fera prise et, comme d'autre part à cette période la dégénérescence graisseuse est fréquente et diminue considérablement l'adhérence de la radicule aux parois, il sera relativement facile de la détacher d'un seul coup. La rupture est douloureuse, mais c'est l'affaire d'un instant.

Si par suite de la désorganisation plus avancée de la radicule, cette manœuvre ne donne aucun résultat, on prendra une sonde lisse légèrement recouverte d'ouate et on l'enfoncera avec *beaucoup de précaution* jusqu'au moment où l'on provoquera la plus légère douleur. A ce moment, *sans s'inquiéter du peu de profondeur* où l'on peut avoir pénétré, on pratiquera, *sans enfoncer*, le mouvement de torsion : le premier tour donne un peu de douleur, mais là encore très brève. On tourne trois ou quatre fois, puis on enfonce légèrement et on recommence la torsion, etc. Je ne dis pas que cette manœuvre soit toujours aussi simple qu'il peut sembler, ni surtout qu'elle soit très rapide ; mais on comprend que, par ce procédé, on dissocie progressivement et avec beaucoup de facilité cette radicule qui ne demande qu'à se désagréger, et quand on est ainsi

lentement arrivé à l'apex, c'en est fini de la douleur. Si d'ailleurs on compare la douleur très modérée que produit cette manœuvre à celle que provoquerait le sondage en un temps, ou même l'application arsenicale, on ne peut douter que ce ne soit là la meilleure façon [1] de venir à bout d'une sensibilité qui ne laisse pas dans certains cas d'être fort embarrassante.

Il ne reste plus alors qu'à traiter les phénomènes infectieux par les moyens appropriés, et c'est là un point qui n'a rien de particulier.

---

1. Un mode de traitement assurément plus simple, et malheureusement le seul auquel on puisse avoir recours quand la radiculite s'est installée dans des canaux qu'on ne saurait atteindre qu'au prix de résections capables de compromettre la solidité ultérieure de la dent, ou même *absolument* inaccessibles, c'est l'extraction de la dent.

Mais si on la décide, il est bon de savoir, afin de bien en prévenir le patient, que dans ces cas, contrairement à l'opinion et aux faits ordinaires, cette opération radicale n'amène pas toujours *immédiatement* la cessation de la douleur. Il peut arriver au contraire que, presque aussitôt après l'avulsion, la douleur névralgique se réveille ou s'accroisse avec une acuité nouvelle. Cette douleur post-opératoire peut ne durer que quelques minutes, mais on la voit parfois persister plusieurs heures et même un ou deux jours. Elle est en général d'autant plus rebelle que les souffrances antérieures dataient de plus longtemps.

A cause de cela aussi il sera bon dans ces cas de s'abstenir en général de l'anesthésie locale, qui n'empêche pas cette douleur post-opératoire et que le patient pourrait incriminer malgré l'avertissement préalable.

A PROPOS DE L'INFLUENCE DE LA QUALITÉ DE L'EAU SUR LA STRUCTURE DES DENTS

Par M. E. Longuet,

Chirurgien-Dentiste de la Faculté de Paris.

Dans un des derniers numéros de *L'Odontologie* (15 mai), il est fait mention d'une étude du Dr Röse, de Munich, de laquelle il ressort qu'après des recherches portant sur 20.000 examinés, le Dr Röse conclut que la structure des dents est d'autant meilleure que l'eau potable est plus dure et que le sol est plus riche en chaux et en magnésie, et qu'au contraire cette structure est d'autant plus mauvaise que l'eau potable est plus douce et le sol plus pauvre en chaux et en magnésie.

Les observations du Dr Röse répondent-elles véritablement à la généralité des faits et peut-on en tirer des conclusions fermes ?

Tout d'abord il peut paraître extraordinaire qu'une eau lourde et par conséquent indigeste se prête mieux aux échanges nutritifs qui s'effectuent dans l'organisme et serve de meilleur véhicule que l'eau potable.

La quantité de calcaire nécessaire à la formation squelettique n'est pas prise seulement dans l'eau de boisson, mais aussi dans les aliments solides, et le genre d'aliments joue certainement un rôle primordial dans cette formation.

En généralisant les observations du Dr Röse on serait amené à conclure que les pays à sous-sol calcaire, et dont par conséquent les eaux de sources sont chargées d'une proportion plus ou moins grande de sels de chaux (carbonate et phosphate), avantageraient leurs habitants au point de vue de la structure dentaire ; et que les pays à sous-sol formé de terrains primordiaux ou primitifs, granit, schistes cristallins, etc., dont les cours d'eau ne traversent que des terrains dépourvus de sels de chaux solubles, devraient n'avoir pour habitants que des individus à système dentaire mal venu et voué à une décalcification précoce.

Voyons ce qu'il peut y avoir de vrai dans certe donnée.

D'après des statistiques données par le Dr Magitot sur les exonérations du service militaire en France par le fait de mauvaise denture — au temps où ce désavantage était une cause d'exonération — il existe entre les diveses régions de la France des différences remarquables : ainsi, tandis que les cas d'exonération n'excédaient pas 108 pour 100.000 conscrits dans l'Ouest, le Sud-Ouest et le Plateau Central, ils montaient à plus de 1.100 dans l'Est et le Nord !

Or il est facile de voir sur une carte géologique de la France que la nature des terrains ne paraît pas avoir une grande influence sur la

structure plus ou moins parfaite des dents, telle qu'elle devrait ressortir de la différence très marquée dans les nombres de cas d'exonération suivant les régions.

Ainsi tandis que l'on trouve en général de bonnes dents dans la région du Plateau Central et les pays armoricains et vendéens, dont le sous-sol composé principalement de terrains primitifs ou éruptifs est très pauvre en éléments calcaires, dans l'Est au contraire, le Nord, la Normandie, le Sud-Est, etc., où les terrains calcaires, depuis le jurassique et le crétacé jusqu'au tertiaire supérieur dominent de beaucoup, les dents, contrairement à la théorie du Dr Röse, offrent le degré de moindre résistance à la décalcification.

Certaines contrées étrangères présentent de pareilles dissemblances : telles sont, par exemple, l'*Irlande*, le pays de Galles et une partie de l'Ecosse, dont le sol, bien qu'offrant une prédominance très marquée de terrains anciens, a pour habitants des gens à meilleure denture que les habitants de l'Angleterre proprement dite, qui cependant repose en grande partie sur des terrains calcaires.

Deux causes paraissent avoir une influence considérable sur la structure des dents et sur leur degré de résistance à la carie : la nourriture et la race, c'est-à-dire l'hérédité.

Par nourriture nous entendons tout ce qui s'ingère, y compris l'eau de boisson, qui pour nous ne jouerait pas un rôle prédominant, car si dans une certaine mesure les eaux de source, suivant qu'elles traversent des terrains plus ou moins chargés de carbonate et de phosphate de chaux ou de magnésie, peuvent faciliter la calcification des dents, l'influence des végétaux, aliments déjà élaborés, doit être plus considérable, puisqu'ils présentent aux phénomènes chimiques de la digestion les sels de chaux sous des formes plus assimilables.

La nourriture carnée offre en général moins d'éléments calcaires que la nourriture purement végétale ; la qualité du pain joue un rôle important ; les pays où la nourriture a pour base habituelle le pain de seigle ou d'orge ou des galettes de sarrasin paraissent mieux doués que les autres au point de vue de la dentition, ces plantes présentant à la digestion plus de sels calcaires assimilables que le froment.

Mais quelle que soit l'influence de la nourriture sur la structure des dents, et elle est évidemment très grande, primordiale même, elle n'explique pas les différence de régions à région que nous avons signalées, et il nous faut, pour les expliquer, recourir à une influence héréditaire, à une influence de race.

Certaines races inférieures (Australiens), certaines peuplades du sud et du centre de l'Afrique, etc., offrent une structure dentaire supérieure à celle de l'homme blanc civilisé, et à part quelques rares exceptions, plus le degré de civilisation est inférieur, plus cette différence est marquée. Les races jaunes malaises ou mongoliques semblent

occuper une place intermédiaire entre les nègres et les blancs.

Mais dans les diverses variétés de la race blanche existe-t-il des différences appréciables ?

En nous en tenant à l'examen de la région comprise dans l'ancienne Gaule, nous observons que les dents sont d'autant moins résistantes — à part quelques exceptions dues à des influences purement locales — si l'on se rapproche davantage de l'Est et du Nord, et que les grandes lignes d'invasions, soit celle de l'Ouest, par la Loire, le Clain, la Charente et la Garonne, soit celle de l'Est, par la Saône et le Rhône, participent au même désavantage ; que d'autre part les pays où habitent des races autochthones ou du moins très anciennement fixées dans certaines régions situées en dehors des grandes voies d'invasions ou de pénétration difficile, telles que les Ardennes, le Morvan, le Plateau Central, l'Armorique et la côte sud-ouest, ont en réalité de meilleures dents. Nous ne pourrons faire autrement que de conclure que plus la race celtique est restée pure de tout mélange et plus elle paraît avoir les dents réfractaires à la carie. Et si nous constatons qu'en Grande-Bretagne il en est de même, et que les Gallois, les Irlandais, les Ecossais, surtout ceux de l'ouest, peuples d'origine celtique, viennent confirmer vis-à-vis des Anglo-Saxons, peuple malaxé par tant d'invasions, cette tendance à une résistance plus grande des organes dentaires, nous ne pourrons voir là un simple fait local sans importance ; et si ce fait ne nous porte pas à conclure que l'hérédité et l'influence de la race sont les causes principales des différences qui peuvent exister d'une région à l'autre, il nous fait du moins attacher à ces causes une grande importance dont on ne peut faire abstraction dans un travail du genre de celui du Dr Röse.

Nous ne possédons pas de renseignements suffisants sur les autres pays d'Europe, surtout sur l'Allemagne et l'Europe centrale, ces vastes laboratoires ethniques où tant de races se sont confondues, depuis les Celtes premiers venus jusqu'aux Slaves derniers arrivés, pour essayer sur ces régions des comparaisons semblables. Mais ce que nous avons dit des régions française et anglaise suffira pour montrer que les diverses variétés de terrains sur lesquels vivent les populations de ces pays ne peuvent pas avoir l'influence décisive que leur attribue le Dr Röse.

Nous croyons donc que, dans une étude de ce genre, il faudrait tenir compte non seulement de la qualité des eaux, mais aussi des autres causes précitées, qui ont une influence au moins égale, sinon supérieure. Néanmoins la tentative du Dr Röse est intéressante et mérite de trouver des imitateurs dans d'autres régions, mais en tenant compte des autres causes que nous avons énoncées et qui d'un pays à un autre peuvent faire varier les résultats de statistiques bien établies.

La Rochelle, décembre 1898.



Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux.

Épithélioma ganglionnaire du cou

M. Quintrie. — J'ai l'honneur de présenter à la Société d'anatomie une tumeur ganglionnaire du cou, enlevée par mon maître M. le professeur Lannelongue chez un homme entré aux Petits-payants le 14 juin.

Rien à noter dans les antécédents.

Le début de la tumeur remonte à trois ans. Elle commença par une petite grosseur le long du bord antérieur du sternomastoïdien du côté gauche. En deux ans cette grosseur acquit le volume d'une noix. Brusquement elle prit une allure maligne et en quinze jours atteignit le volume d'une orange qu'elle a aujourd'hui. Dure en toutes ses parties, indolore à la pression, elle ne suit pas les mouvements imprimés à la trachée et demeure immobile pendant la déglutition. Aucun trouble de compression.

Un examen très attentif et un interrogatoire serré nous permettent d'affirmer qu'il n'y a jamais eu de lésion ulcéreuse quelconque du côté de la langue, des joues ou des lèvres. En revanche, la dentition est et a toujours été très mauvaise, ce qui a permis à M. le professeur Lannelongue de supposer qu'au début il y aurait eu adénite simple consécutive à des dents cariées, et que sur ce terrain serait venu se greffer un épithélioma pavimenteux stratifié. L'examen de M. le professeur agrégé Sabrazès est affirmatif.

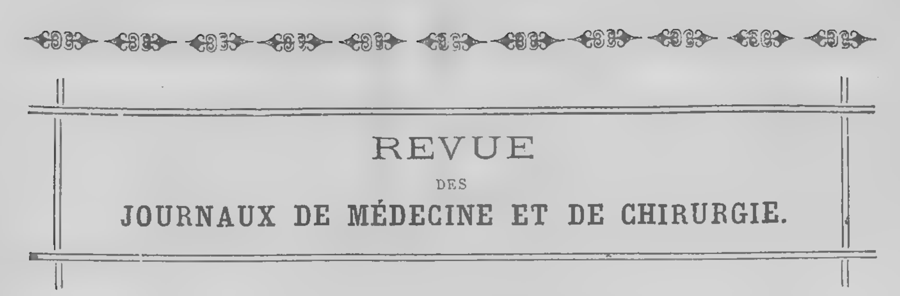
L'ablation de la tumeur a été faite le 17 juin. Un morceau de jugulaire interne infiltré a été réséqué entre deux ligatures.

Pas d'incident opératoire. Le malade va bien.

C'est cette tumeur que nous vous présentons aujourd'hui à cause de sa marche et surtout de son mode de développement assez intéressant.

M. Braquheaye. — Il est étonnant qu'on n'ait relevé dans les antécédents du malade aucune trace d'ulcération ancienne J'ai vu une autre fois, dans le service de M. le professeur Demons, un malade qui avait été opéré quatorze ans auparavant d'un petit épithélioma de la face et qui était revenu se faire opérer pour une récidive ganglionnaire.

(*Rev. médicale*).



Méningite d'origine dentaire.

M. Heydenreich. — Il s'agit d'un individu âgé de trente-quatre ans, sans antécédents morbides, qui, à la suite de douleurs dentaires aux deux dernières molaires inférieures droites, vit survenir à la région parotidienne du même côté une tuméfaction très douloureuse empêchant tout mouvement de la mâchoire, pour laquelle il entre à l'hôpital.

Les jours suivants la tuméfaction augmente, mais il n'y a pas de fluctuation; la région supéro-latérale du cou se tuméfie. La température est de 39°. L'état général est mauvais. On porte le diagnostic d'ostéite suppurée du maxillaire inférieur d'origine dentaire ; la pression digitale fait sourdre, de la région voisine de la dent de sagesse, un flot de pus.

L'état général allant en s'aggravant, le malade, après avoir présenté des phénomènes d'excitation, tombe dans un état demi-comateux : il présente une hémiplégie gauche très nette. M. Heydenreich porte le diagnostic de méningite suppurée par propagation de la suppuration de la mâchoire aux méninges. L'intervention décidée est pratiquée séance tenante : une incision est pratiquée de la branche horizontale du maxillaire inférieur à l'arcade zygomatique, en allant jusqu'à l'aponévrose du temporal. Il ne s'écoule pas de pus, mais de la sérosité œdémateuse. Le malade meurt le lendemain.

L'autopsie montra, à l'ouverture du crâne, sur la dure-mère, le long du sinus longitudinal supérieur, à la partie convexe culminante de l'hémisphère droit une traînée de pus jaunâtre, épais, formant une plaque de 4 à 5 centimètres de long et de 2 cent. 1/2 de large. L'écaille osseuse correspondant à cette région est érodée, la dure-mère décollée et l'os atteint d'ostéite raréfiante. A l'hémisphère droit on trouve des fausses membranes purulentes, adhérant très intimement à la substance cérébrale; la méningo-encéphalite reste localisée à la partie culminante de la convexité. Pas de méningite à la base.

Sur le squelette on fait sourdre, au niveau des trous ovale et petit rond, du pus; on note, après dissection, une traînée purulente, tapissant la face profonde du muscle temporal, qui aboutit, au-dessous de l'apophyse coronoïde, le long de la branche montante, dont le périoste est décollé, et le point de départ est au niveau de la dent de sagesse non cariée, mais déchaussée, branlante dans son alvéole ; autour d'elle le tissu osseux est détruit, il y a une cavité remplie de pus. Le pus avait

PORTE-ECHANTILLON DE H. D. JUSTI & SON.

Breveté le 10 Novembre 1896. Brevet déposé.

PHILADELPHIE. SUCCURSALE, CHICAGO.

L'originalité de nos dents minérales en tant que forme, solidité et composition naturelle de couleurs est trop connue par le monde entier pour nécessiter d'autres commentaires.

Cet appareil est divisé en quatre sections; chaque dent peut être retirée séparément et employée dans la position desirée. C'est la première fois que cette facilité est offerte à la profession.

Notre assortiment de nuances est illimité du clair au foncé en toutes nuances. Notre expérience en assortissant les nuances, nous permet de dire que ces vingt-quatre échantillons représentent à peu près tous ce qui pourrait être desiré, mais des nuances intermédiaires seront fournies, si elles sont demandées.

PRIX, $1.75.





suivi le trajet du nerf maxillaire inférieur et de l'artère méningée moyenne, par la fosse ptérygo-maxillaire et les trous ovale et petit rond, et, glissant entre l'os et le périoste, il était arrivé à la région convexe ou le long du sinus longitudinal supérieur; la méningite dure-mérienne, véritable périostite interne, avait, secondairement, déterminé de l'ostéite raréfiante et de l'encéphalite de la convexité.

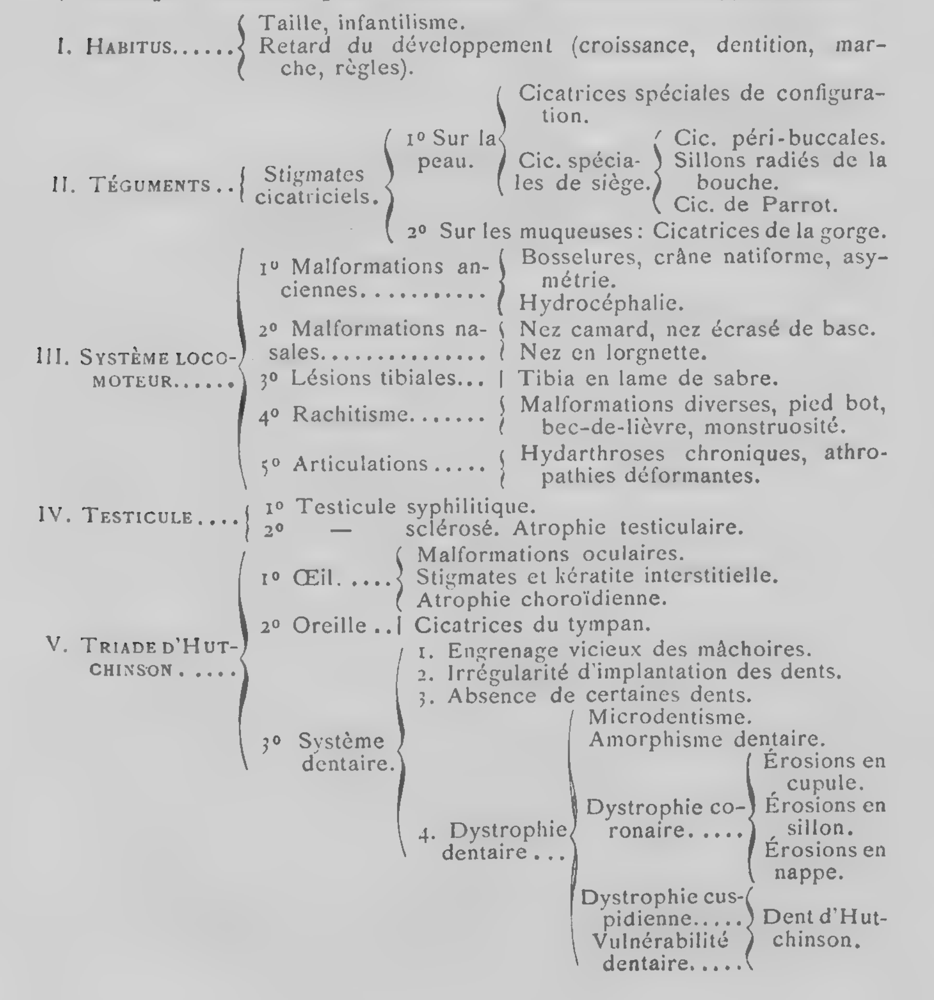
(Revue médicale de l'Est.)

TABLEAUX SCHÉMATIQUES DU DOCTEUR FOURNIER

I

Syphilis héréditaire tardive.

(Technique d'examen pour la recherche de l'hérédité syphilitique.)



- I. HABITUS......
  - Taille, infantilisme.
  - Retard du développement (croissance, dentition, marche, règles).
- II. TÉGUMENTS..
  - Stigmates cicatriciels.
    - 1° Sur la peau.
      - Cicatrices spéciales de configuration.
      - Cic. spéciales de siège.
        - Cic. péri-buccales.
        - Sillons radiés de la bouche.
        - Cic. de Parrot.
    - 2° Sur les muqueuses : Cicatrices de la gorge.
- III. SYSTÈME LOCOMOTEUR......
  - 1° Malformations anciennes..........
    - Bosselures, crâne natiforme, asymétrie.
    - Hydrocéphalie.
  - 2° Malformations nasales...............
    - Nez camard, nez écrasé de base.
    - Nez en lorgnette.
  - 3° Lésions tibiales... | Tibia en lame de sabre.
  - 4° Rachitisme....... | Malformations diverses, pied bot, bec-de-lièvre, monstruosité.
  - 5° Articulations..... | Hydarthroses chroniques, athropathies déformantes.
- IV. TESTICULE....
  - 1° Testicule syphilitique.
  - 2° — sclérosé. Atrophie testiculaire.
- V. TRIADE D'HUTCHINSON.....
  - 1° Œil.....
    - Malformations oculaires.
    - Stigmates et kératite interstitielle.
    - Atrophie choroïdienne.
  - 2° Oreille .. | Cicatrices du tympan.
  - 3° Système dentaire.
    - 1. Engrenage vicieux des mâchoires.
    - 2. Irrégularité d'implantation des dents.
    - 3. Absence de certaines dents.
    - 4. Dystrophie dentaire...
      - Microdentisme.
      - Amorphisme dentaire.
      - Dystrophie coronaire.....
        - Érosions en cupule.
        - Érosions en sillon.
        - Érosions en nappe.
      - Dystrophie cuspidienne..... / Vulnérabilité dentaire..... | Dent d'Hutchinson.

VI. ENQUÊTE SUR LA FAMILLE. .	1° Syphilis des ascendants. 2° Avortements avant terme. Morts en bas âge.

POLYMORTALITÉ INFANTILE

II

Diagnostic différentiel du chancre syphilitique et de l'herpès

(d'après M. le professeur FOURNIER).

	Herpès.	*Chancre.*
Trois signes différentiels presque constants.......	1° Base souple sans induration. 2° Pas de retentissement ganglionnaire. 3° Contour de l'érosion constitué par des segments réguliers de petites circonférences (microscopiques).	1° Base indurée. 2° Adénopathie constante (indolente, dure, généralement polyganglionnaire). 3° Contours ne présentant jamais les segments réguliers de petites circonférences propres à l'herpès.
Évolution	1° Limitation rapide. 2° Cicatrisation hâtive.	1° Limitation moins rapide. 2° Cicatrisation plus lente.
Signes non constants de valeur moindre.	1° Lésions prurigineuses (ardeur-feu local au lit). 2° Érosions habituellement multiples. 3° Érosions d'étendue minime, souvent miliaires. 4° Érosions généralement superficielles.	1° Lésion absolument indolente. 2° Lésions souvent unique ou multiple à un degré moindre que l'herpès. 3° Lésion en général plus étendue que l'herpès. 4° Lésion en général plus creuse.

Chronique professionnelle

Sous cette rubrique L'Odontologie *se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle.*

A PROPOS DES EXPERTS

L'Odontologie est une tribune libre, personne ne peut plus l'ignorer. A ce titre, elle a accordé l'hospitalité de ses colonnes pour faciliter la discussion d'une question qui vraiment n'a rien de passionnant, mais qui offre cependant un certain intérêt à raison de ce qu'elle touche à la législation même : je veux parler de la question des *Expertises*.

A l'heure actuelle, voici le bilan des articles publiés dans ce journal : un premier article de M. Francis Jean qui, entre autres mérites, a eu celui d'ouvrir la discussion et de bien poser la question à examiner; un deuxième article publié sous ma signature qui pose certaines règles, tantôt sous forme de doctrine, tantôt sous forme de réfutation ou de critique des raisons présentées par mon confrère à l'appui de sa proposition ; un troisième article de M. Mahé qui, en termes excellents, vise plus particulièrement les expertises ordonnées en matière de paiement d'honoraires.

Le dernier numéro contient un quatrième article de M. Francis Jean, qui ne jette pas une lumière nouvelle sur le fond de la question; mais il porte malheureusement un jugement qui, quelles que soient ma répugnance et mon aversion pour les regrettables questions de personnes, ne saurait être laissé sans réponse, car tout silence pourrait être considéré comme un acquiescement de ma part, ce que je ne voudrais pour tout au monde.

Il dit, et ce qui est plus grave, il maintient que mes appréciations n'ont pas eu pour guide les règles élémentaires d'une bonne courtoisie, et il va même jusqu'à qualifier de « *discourtoise* » la façon dont j'ai refuté son opinion. Le mot y est.

Ce jugement est-il la résultante de faits sainement appréciés ou n'est-il pas plutôt la confirmation de ce brocard « qu'on est souvent mauvais juge dans sa propre cause ? »

Discourtois envers M. Francis Jean? Pourquoi ? Ne sommes-nous pas confrères, tout d'abord; n'avons-nous pas uni nos efforts pour la réussite d'une institution qui nous est chère ? Ne collaborons-nous pas dans le même journal?

Si donc, il était dit par d'autres que par lui toutefois que mes appréciations affectent réellement un caractère désobligeant pour lui, n'aurais-je pas les meilleures raisons pour invoquer le manque d'intention ? J'imagine que voilà une considération qui a sa valeur et qui eût

Fauteuil Wilkerson, nº 22

avec **PIED** *arrondi*



De tous les fauteuils dentaires dans le commerce, mon fauteuil Wilkerson nº 8 est incontestablement un des plus parfaits. Pour répondre à beaucoup de désirs je fabrique maintenant **ce modèle** aussi avec **un pied arrondi** et j'offre ainsi aux dentistes dans mon **fauteuil Wilkerson nº 22 à pied arrondi**, un fauteuil d'opérations qui réunit les avantages incontestés du modèle Wilkerson à l'aspect du fauteuil Columbia à socle. Dans le fauteuil Wilkerson nº 22, le siège est particulièrement large, les appuis-bras sont renversables, ainsi que le dossier, avantages considérables pour l'anesthésie. Dans le fauteuil aussi la tige du piston, sur laquelle repose tout le poids de la partie supérieure et du patient, est en excellent fer forgé. L'élévation et l'abaissement de la partie supérieure et la rotation sur l'axe se font aisément et absolument sans bruit. La pompe fonctionne sûrement, la soupape qui sert à l'abaissement lent de cette partie est ajustée avec le plus grand soin, les fauteuils fonctionnent d'une façon irréprochable même après des annees, car toutes les parties n'étant composées que de matériaux excellents n'éprouvent qu'une faible usure par suite de l'usage. **La fabrication de ces fauteuils est une spécialité de ma maison. La qualité des matières employées, l'élégance du travail, la garniture, le vernis, le nickelage, tout cela est d'une qualité sans egale**

PRIX A BERLIN, LIEU D'EXPÉDITION :

Fauteuil Wilkerson nº 22 recouvert de peluche rouge ou verte..................	**500** fr.	Avec housse en peau de chameau, en plus..................................	**31** fr. **20**
Fauteuil Wilkerson nº 22 avec appui-tête Wilkerson..............................	**531** fr. **25**	Garni de galons et de franges de soie et clous élégants, en plus................	**62** fr.
Fauteuil Wilkerson nº 22 avec appui-tête Wilkerson..............................	**562** fr. **50**		

BERLIN, nº 24
Oranienburgerstrasse, 38

E. SIMONIS

VIENNE
Naglergasse, 21

Fabrique et dépôt de FOURNITURES pour Dentistes.

dû, il me semble, l'empêcher d'employer ce qualificatif de « *discourtois* ».

Il n'a pas hésité, et je le regrette profondément. Je suis donc amené à rechercher si, dans mon article, il y a quelques points qui ont pu lui déplaire.

En publiant son article M. Francis Jean devait s'attendre à la critique. C'est le sort commun. Je n'ai pas excédé ce droit, qu'il ne méconnaît pas du reste. Elle pouvait porter sur la forme ou sur le fond. Pour ce qui est de la forme, j'ai, il est vrai, omis de dire ce que tout le monde a pensé: c'est que par la netteté des expressions, par la propriété des mots employés par lui dans une matière spéciale, la paternité de cet article ne serait certes pas désavouée même par un juriste. Ceci est à son éloge, car c'est dire qu'il possède aussi le langage juridique, bien utile, n'est-ce pas, lorsqu'il s'agit de traiter une question aussi difficile que celle des *expertises*. Je ne crois pas qu'il me fasse un grief de cette omission, d'ailleurs réparée.

Sur le fond même de la discussion, je ne me pardonnerais pas d'avoir fait une critique ironique, acerbe ou mordante. Tel n'est pas le cas, toute personne non prévenue peut s'en convaincre par la lecture de l'article.

Que reste-t-il alors? Une simple réfutation du mode d'expertises proposé par M. Francis Jean. Il a exposé ses vues personnelles sur la marche d'une expertise qui, selon lui, réunit tous les avantages; mais il ne peut prétendre nous imposer ses idées d'une manière absolue. On a le droit d'avoir une opinion contraire à la sienne. Ce droit de discuter une proposition, c'est l'essence même de la discussion, il le sait. Eh bien ! je ne partage pas sa façon de voir, il me permettra bien de le lui dire, et c'est justement pour établir les points sur lesquels il y a divergence entre nous que j'ai relevé les côtés défectueux de sa thèse.

C'est là de la pure discussion et rien de plus. Libre à lui de reprendre son argumentation et de chercher à établir que son projet donnerait satisfaction à tous.

Ce que je ne m'explique pas, c'est qu'il ait cru devoir, d'un mot, il est vrai, mais bien voulu cependant, qualifier ma critique de « *discourtoise* ». Les relations de bonne confraternité que je n'ai cessé d'avoir avec lui semblaient me mettre à l'abri d'un pareil reproche.

Mais laissons cela. Je crois avoir démontré que rien dans mon article ne pouvait excuser M. Francis Jean d'entraîner de propos délibéré nos divergences de vues du terrain de la discussion des faits où elles devaient rester sur celui des attaques personnelles. Je ne veux pas l'y suivre car ce sont des extrémités qui ne peuvent avoir la prétention de remplacer des arguments.

Il faut clore l'incident ; il n'est d'aucun intérêt pour les lecteurs de ce journal qui ont le droit de s'attendre à mieux que des appréciations blessantes... Donc passons.

E. BONNARD.



CORRESPONDANCE

Nice, 20 novembre 1898.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Dans un article sur la sensibilité de l'ivoire des dents, publié dans le dernier numéro de *L'Odontologie*, sous la signature E. Schwartz, l'auteur cite une communication faite en 1897, par votre serviteur.

Il faut lire : « Après l'emploi répété des caustiques, tout en évitant cependant l'exagération », et non « même en évitant », ainsi qu'une faute d'impression me fait dire.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

H.-P. LE MONNIER.



NOUVELLES

ECOLE DENTAIRE DE PARIS.

Le 10 janvier, le nouveau Conseil de Direction de l'Ecole dentaire de Paris s'est réuni sous la présidence de M. Papot, doyen d'âge, et a procédé à la constitution de son bureau pour 1899. M. Godon a été élu président-directeur à l'unanimité, des bravos ont accueilli cette nomination ; en cédant à M. Godon le fauteuil de la présidence, M. Papot a fait remarquer combien cette unanimité démontrait l'estime, l'amitié et la reconnaissance que les membres du Conseil éprouvent pour le caractère et le dévouement sans bornes de leur vaillant directeur.

Le bureau a été complété de la façon suivante : MM. Viau et Lemerle, vice-présidents ; M. Martinier, directeur-adjoint ; M. le Dr Sauvez, secrétaire-général ; M. Loup, secrétaire-adjoint ; M. d'Argent, trésorier ; M. Lemerle, conservateur du musée ; M. de Marion, bibliothécaire ; M. Prével, économe ; M. Wéber, conservateur-adjoint du musée.

Société d'Odontologie de Paris.

Le bureau de la Société d'Odontologie de Paris est ainsi composé pour 1899 :

Président : M. Lemerle.
Vice-présidents : MM. Richard-Chauvin, Dr Sauvez.
Secrétaire général : M. Choquet.
Secrétaires des séances : MM. Jeay, Dr Pitsch.

Mission.

Le Ministère de l'Instruction publique de Roumanie a chargé M. le Dr Arthur Zentler, D. D. S., de Bucharest, d'une mission spéciale en France pour y étudier l'enseignement de l'Art Dentaire.

Notre sympathique confrère, qui a déjà collaboré à *l'Odontologie*, est venu en conséquence visiter à différentes reprises l'Ecole dentaire de Paris.

Distinctions honorifiques.

Parmi les décorations dans l'ordre de la Légion d'honneur, accordées à l'occasion du 1er janvier, nous relevons celle du Dr Gaillard, dentiste des Hôpitaux.

Diner confraternel.

A l'occasion de la fin de l'année, nos aimables confrères de Lyon, MM. Dr Claude Martin, Dr Guillot, et Harwood, sont venus nous rendre visite et nous avons eu le plaisir de les recevoir dans un dîner confraternel.

Erratum.

C'est par oubli que nous n'avons pas mentionné le nom de M. Francis Jean, au nombre des membres sortants du Conseil de direction qui ne se représentaient pas aux suffrages de leurs confrères (*L'Odontologie* du 30 décembre 1898).

Le traité de Fauchard.

Le livre de Fauchard intitulé « *Le chirurgien-dentiste ou traité des dents* » a été traduit en langue allemande au siècle dernier. Nous serions très heureux de trouver cet ouvrage pour la bibliothèque de l'Ecole Dentaire de Paris.

V.

TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons avec plaisir.

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

? Nº 65. — *Connaît-on un procédé pour empêcher la dilatation des rondelles en caoutchouc pour succions? Mes confrères ont-ils le même inconvénient que moi, qui suis obligé de les changer tous les deux mois ?* *E. B. de C.*

☞ *Réponse.* — Il faudrait faire les rondelles avec du caoutchouc entoilé. J'ai soumis à ce sujet, il y a quelque temps déjà, une série de désiderata à la maison Godart. Je pense qu'un jour ou l'autre elle voudra bien en tenir compte, autant dans son intérêt que dans le nôtre. Q.

? Nº 66. — *Un de mes patients, jeune homme de 21 ans, voit depuis deux ans ses gencives supérieures se couvrir constamment d'un enduit pâteux collant, finement granuleux. Cet état s'accompagne d'une sécheresse des lèvres avec légères crevasses. Quelle est l'étiologie de cette affection et que puis-je faire pour la combattre ?* *Dr S.*

☞ *Réponse. — Historique insuffisant ; probablement eczéma ou psoriasis des gencives et des lèvres.*

1º Nettoyer très soigneusement les dents du malade et cautériser l'espace gingivo-dentaire, s'il existe la *moindre trace* de pyorrhée alvéolaire.

2º Faire brosser les dents, *matin* et *soir*, avec de la poudre de savon, et rincer la bouche avec solution de bi-carbonate de soude 4 grammes pour un litre ; puis, tout de suite, faire badigeonner les gencives avec de l'eau oxygénée PURE et de réaction *neutre :* la neutraliser, si elle est acide, avec du bi-carbonate de soude. Laisser l'eau oxygénée en contact avec les parties malades, au moins pendant *cinq minutes*, puis faire prendre un bain de bouche, de cinq à dix minutes, avec la solution de bi-carbonate de soude indiquée ci-dessus.

Ensuite appliquer sur les gencives et les lèvres, en frictionnant légèrement de façon à bien faire pénétrer dans les crevasses, de la pommade suivante :

Chlorydrate de pilocarpine		0,10	centigrammes.
Soufre	ãã	4	grammes.
Oxyde de zinc			
Carbon. de chaux		8	—
Vaseline		80	—
M.			

Cesser les badigeonnages à l'eau oxygénée huit jours après le début du traitement en poudre.

Supprimer toute lotion contenant de l'acide phénique, du chloral et surtout du salol, qui pourrait être employée par le malade. Dr H.

? Nº 71. — *Mon nom figure par un X sur le groupe des congressistes publié dans* L'Odontologie *du 15 novembre. Pourquoi?* *N.*

☞ *Réponse.* — N'ayant pas le plaisir de vous connaître personnellement, nous n'avons pu mettre un nom sur votre photographie. Ayez l'obligeance de nous dire sous quel numéro vous êtes placé afin que nous complétions notre liste. *E. P.*

? Nº 72. — *Quelle est la température maxima que peut donner le fourneau électrique à émail fabriqué par la maison* Weiss *et* Schwarz *de Vienne ?*

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

Réunion du 25 octobre 1898.

Présidence de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

Sont présents : MM. Bioux, d'Argent, Lemerle, Martinier, de Marion, Papot, Prével, Sauvez, Stévenin, Viau.

M. le Secrétaire adjoint donne lecture du procès-verbal, qui est mis aux voix et adopté.

M. Godon fait part du don d'un squelette par M. Pompeïen, de Lyon.

Des remercîments sont votés au donateur.

M. Godon communique une demande de congé formée par M. de Croes. — Accordée.

Il présente une demande de bourse de l'élève F...

Après un échange d'observations entre *MM. Papot*, *Godon* et *d'Argent*, la demande est renvoyée à la Ville de Paris avec avis favorable.

M. Godon fait part d'une demande de secours scolaire présentée par M. L...

Le pétitionnaire sera invité à s'adresser à son département.

Il annonce le décès de Mme Hirschberg et communique une demande de congé d'un mois formée par son mari.

Des regrets sont exprimés de ce décès, et le congé est accordé.

Une demande d'admission dans la Société, présentée par M. Jacques, est accueillie.

M. Godon fait connaître que M. Levadour est disposé à recevoir en pension de jeunes étudiants dentistes et lit une lettre de l'*Union chrétienne de jeunes gens* qui leur offre des lieux de réunion.

Il annonce le don d'un appareil par M. Bourdallé, auquel des remercîments ont été adressés.

Il donne lecture d'une demande de poste de démonstrateur présentée par M. Staviski. — Renvoyé à la Commission d'enseignement.

M. Godon lit ensuite une lettre de l'élève B..., qui demnde à subir un examen.

. . . .

(Cette partie du procès-verbal a été publiée dans le No du 15 novembre, p. 375.)

M. le Secrétaire général communique une demande de dispense du payement de 60 fr. pour droits d'examen présentée par l'élève F...

Après observations de *MM. d'Argent, Martinier* et *Godon*, il est décidé que l'élève devra régler cette affaire avec le Trésorier.

M. le Secrétaire général lit ensuite :

1o Une lettre de l'élève A..., demandant l'annulation de droits d'examen à payer. — Accordé.

2o Une lettre de Mme F..., demandant un nouveau diplome (un certificat de diplome seulement lui sera délivré).

3o Une lettre de M. Touvet-Fanton et une lettre de M. Choquet, relatives l'une et l'autre aux jours de service de ces messieurs (renvoyée à la Commission d'enseignement avec le programme élaboré par M. Choquet).

M. le Secrétaire adjoint communique une demande de l'élève B...

A la suite d'une discussion entre *MM. Martinier, Sauvez, Godon, Papot, Stévenin* et *d'Argent,* il est décidé que l'élève demeurera débiteur envers l'Ecole et ne

pourra obtenir ce qu'il demande qu'après acquittement des droits de scolarité.

M. le Secrétaire adjoint communique également une demande d'admission comme élève formée par M. D...

Il est décidé que ce jeune homme ne pourra entrer à l'Ecole qu'en prenant sa 5e inscription.

M. le Secrétaire adjoint rend compte de la correspondance échangée depuis la dernière séance.

M. le Président fournit des indications sur la séance de réouverture des cours.

M. Prével complète ces indications.

Après diverses observations présentées par *MM. Prével*, *Godon* et *Martinier*, l'ensemble du projet est adopté.

Sur le rapport de la Commission d'enseignement, il est décidé que la médaille d'or destinée aux membres du corps enseignant sera décernée cette année à M. Viau.

M. Godon rend compte du dîner du corps enseignant.

Des félicitations sont votées à M. Prével, son organisateur.

M. Papot annonce que MM. Berthaux, Simon, Kölliker et Reymond ont offert des prix.

M. d'Argent annonce qu'il a obtenu pour les élèves un 3e prix de la Préfecture de la Seine.

Des remercîments sont adressés aux donateurs.

Sur la proposition de *M. Papot*, le certificat qu'il réclame sera délivré au Dr R..., et l'élève Cosme Pène est admis en 3e année.

M. Sauvez donne lecture d'un rapport et d'un projet de réglement sur l'organisation du service d'anesthésie au nom de la Commission spéciale nommée à la séance précédente.

Après remercîments adressés par *M. Godon* à l'auteur et à la suite d'une discussion à laquelle prennent part *MM. Lemerle*, *Godon*, *Martinier*, *Stévenin* et *d'Argent*, il est décidé qu'on ajoutera au rapport les solutions huileuses de cocaïne à 2 o/o. Ce document est ensuite adopté ; il devra être imprimé et envoyé aux membres du corps enseignant.

M. de Marion soumet un rapport sur les moyens à employer pour pratiquer l'antisepsie à la clinique.

Ce rapport est adopté.

M. Papot rend compte des examens d'octobre. Les résultats de ces examens sont successivement adoptés pour les 1re, 2e et 3e années.

M. Lemerle donne lecture d'un rapport, au nom de la Commission d'enseignement. (Adopté.)

M. Godon communique une lettre de M. le Dr Frey.

Sur la proposition de la Commission, M. Frey est nommé professeur titulaire du cours de pathologie dentaire.

Conformément au rapport de *M. Lemerle*, les dates des 27 novembre et 18 décembre sont choisies, la première pour le concours de chefs de clinique de chirurgie dentaire, la seconde pour le concours de chefs de clinique d'anesthésie et celui de professeur suppléant de prothèse.

M. Sauvez est chargé de rédiger le programme du 2e concours ; diverses observations sont formulées par *MM. Martinier*, *Godon* et *Papot*.

M. Martinier. annonce que M. Jeay pose sa candidature à ce poste.

La séance est levée à minuit un quart.

Le Secrétaire général,
P. MARTINIER.

L'Administrateur-Gérant : ED. PAPOT.

PARIS — Imprimerie et Stéréotypie A. MAJESTÉ ET L BOUCHARDEAU.

19e ANNÉE. N° 2 30 JANVIER 1899 IIe SÉRIE. VOL. VIII.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'Odontologie **est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

Chacun des articles publiés dans *L'Odontologie* **peut être détaché séparément et classé dans des chemises bibliographiques spéciales.**

Ce numéro contient 44 pages de texte, 1 figure et 2 planches tirées hors texte.

Travaux Originaux

LES DENTS SANS PLAQUE SELON LA MÉTHODE DE SAMSIŒ[1]

Par M. ALGOT-RUHE

Médecin-dentiste à Stockholm.

(*Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du* 8 *novembre* 1898)

A un certain point de vue tous les dentistes peuvent être considérés comme des progressistes conservateurs, en ce sens qu'ils apportent tous les soins possibles pour conserver ce qui existe dans la bouche, tout en employant les dernières et surtout les meilleures méthodes.

Depuis un certain nombre d'années déjà cette tendance a amené un grand changement dans les principes de restauration des défectuosités de l'arcade dentaire. Je voudrais caractériser avec précision ce changement par l'idée suivante : entre les phases du traitement de la bouche consistant dans l'obturation de la couronne, avec ou sans traitement de

1. La publication de cette communication a été retardée par la préparation des planches qui l'accompagnent. E. P.

la pulpe, et dans l'application d'une plaque dentaire, avec ou sans l'extraction des racines, une troisième phase s'est manifestée, dans laquelle les racines et les couronnes voisines sont employées comme appuis de couronnes artificielles [1].

En effet, ces principes ont été appliqués depuis longtemps et d'une manière excellente, mais — il faut l'avouer — plutôt comme une espèce d'œuvre superflue, comme une opération qu'on pouvait exécuter ou négliger à son gré. Dans la conviction de la majorité des dentistes cette phase n'a pas eu le même caractère de nécessité obligatoire que les deux autres. Je crois néanmoins qu'avec le temps une révolution importante aura lieu sous ce rapport-là et qu'en dernier lieu le progrès dépendra de la nature de la méthode proposée.

Causant sincèrement à des confrères, je crois pouvoir m'exprimer nettement et consciencieusement.

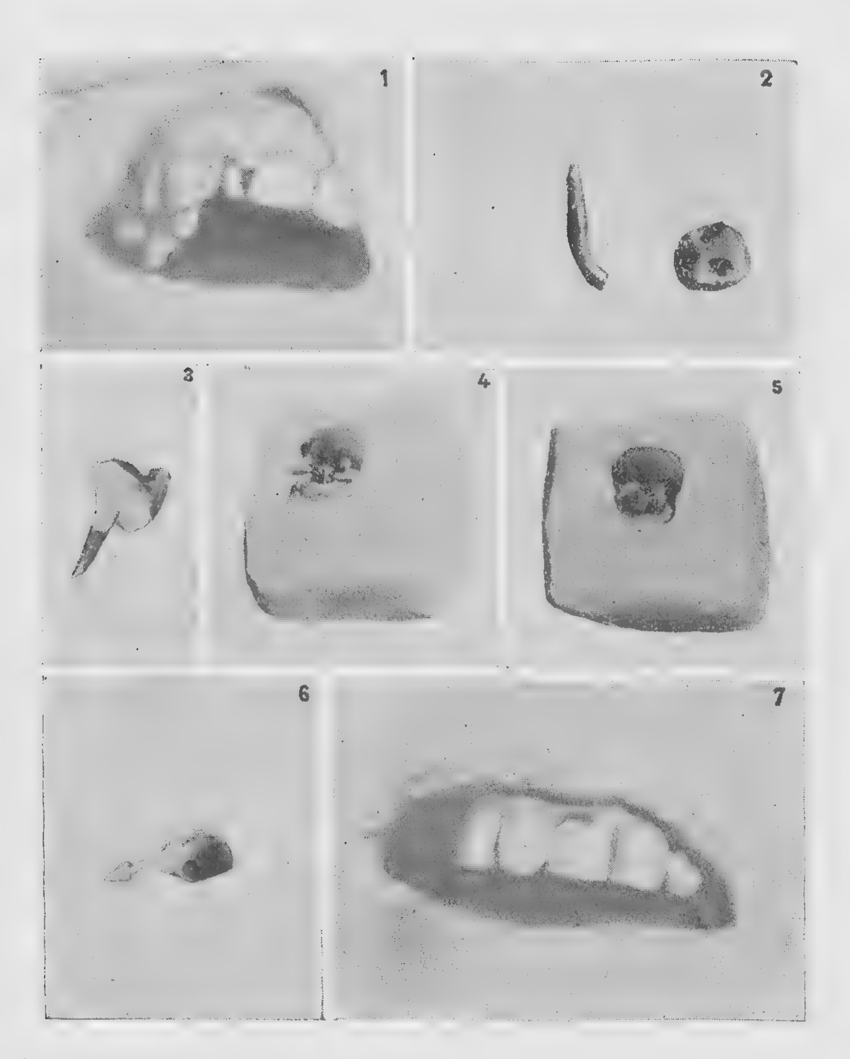
Les raisons pour lesquelles des ouvrages de ce genre n'ont pas réussi à gagner la faveur générale, la popularité méritée, se trouvent sans doute autant dans les difficultés techniques, qui se présentent souvent, que dans le prix relativement élevé qu'ils doivent compter par conséquent. Les difficultés de l'œuvre et le temps prolongé qu'elle réclame pour être correctement exécutée découragent maints dentistes affairés, et les sacrifices pécuniaires rebutent également les clients.

J'ai maintenant l'intention d'expliquer la manière dont il faut appliquer d'abord une simple dent à pivot, puis un ouvrage de plusieurs dents selon la méthode que nous enseigne mon confrère M. C. A. Samsiœ dans son œuvre intitulée : *A treatise on plateless dentures.*

Les mérites de cette méthode sautent aux yeux : la simplicité de son exécution, l'exactitude avec laquelle on peut la pratiquer, la solidité et la grande résistance de l'œuvre ; voilà quelques-unes des qualités qui ne manqueront pas de

1. Voir C. A. Samsiœ, *A Treatise on plateless dentures, Stockholm,* 1898. Introduction.

PLANCHE I.



1. Pivot placé dans la racine.
2. Couronne taillée et pivot.
3. Couronne et pivot unis par la masse de *Regina*.
4. — — avec la masse à empreinte mis dans le plâtre.
5. — — débarrassés de cette masse (crampons de la couronne courbés).
6. Dent à pivot avant l'introduction ; pâte de Hill à la base et gutta rouge autour du bout du pivot.
7. Dent en position.

la rendre indispensable dans un grand nombre de cas.

Le traitement thérapeutique de la racine peut être suivi selon le goût de chacun. Il n'y a pas de raison pour insister sur la manière dont on nettoie le canal ou dont on obture l'apex, tout ceci étant identique pour toute méthode de pivot ou de travail à pont. De même, la préparation du bout large de la racine et la forme qu'on donne au canal ne présentent pas beaucoup de différence avec ces mêmes préparations pour une couronne de Logan ordinaire. Le bord labial de la racine doit être taillé à environ 1 millimètre au-dessous de la gencive. A l'aide de l'élargisseur du canal (root-reamer) d'*Ottolengui* on donne au canal une forme conique oblongue.

La préparation de la racine une fois terminée, on choisit un fil en iridio-platine dont l'épaisseur corresponde exactement à l'ouverture du canal de la racine. Le bout de ce fil est limé, de manière à ce qu'il ait la forme conique oblongue du canal, puis on le coupe environ à 2 millimètres en dehors de l'ouverture de celui-ci. Ce bout proéminent est courbé à 45° environ dans la direction palatine. Il est à observer que le pivot doit être si soigneusement limé qu'il ne vacille pas, une fois introduit dans le canal.

La couronne en émail, une dent plate ordinaire, est ajustée avec la meule directement sur la racine, ses deux crampons sont courbés vers le bord triturant et un peu en dehors, pour éviter une collision avec le pivot et pour mieux maintenir la couronne quand on veut la réunir au pivot. Si le pivot et la couronne se gênent mutuellement, on peut creuser la couronne entre les crampons et même courber davantage le bout proéminent du pivot.

Pour prendre l'empreinte on se sert d'une composition spéciale appelée *Regina*, possédant différentes qualités favorables à ce genre d'emploi. La *Regina* se ramollit facilement dans une flamme ordinaire ou dans l'eau chaude, tout en durcissant très vite, sans se retrécir, si on la laisse refroidir. Une autre qualité importante de la *Regina* consiste dans sa grande adhérence aux métaux et à l'émail chauffés. Grâce

à ces qualités physiques, la *Regina* pourrait rendre service dans presque tous les genres de travaux à pivot et à pont.

Pour prendre l'empreinte, on chauffe un bout du bâton de *Regina* et, avec un canif froid, on en coupe un morceau, dont on fait une boule de la grosseur d'un petit pois. Cette boulette est collée au pivot bien chauffé tout près de son bout proéminent, sur son côté palatin. Le pivot, saisi par son bout proéminent avec le davier à pivot est chauffé sur une flamme d'esprit-de-vin, puis enfoncé dans le canal de la racine. De cette manière on obtient facilement une empreinte exacte du bout de la racine. On sort le pivot avec l'empreinte pour gratter un peu la composition entrée avec le pivot dans le canal, puis on le remet dans son ancienne position dans la racine pour y coller la couronne, également chauffée et tenue par le davier à pivot ; on retire ensuite le petit ouvrage pour le mettre dans le plâtre, tout en évitant avec précaution les moindres bulles d'air. Il faut bien observer que la couronne ne doit être enfoncée qu'aux deux tiers dans le plâtre, pour en faciliter la sortie. Le plâtre durci est taillé en forme cuboïde. La *Regina*, ramollie par de l'eau chaude, est enlevée. Le pivot et la couronne, soigneusement grattés et nettoyés et les petits crampons courbés comme pour une pièce en caoutchouc, sont remis dans leur ancienne position dans le plâtre. Avant de les replacer il faut mouiller le bout proéminent du pivot et les petits crampons de la couronne par l'eau à souder de M. Samsiœ.

Toutes ces préparations faites, on place la pièce sur un réseau en fil de fer pour faire couler par une lampe à gaz ordinaire, 3 ou 4 cubes d'un alliage, appelé *Rex*, inventé également par M. Samsiœ. Cet alliage, qui ne contient que les quatre métaux, argent, étain, or et platine, a son point de fusion environ à 400° centigrades. Au moment où le métal coule, on saisit la pièce avec des brucelles, tout en la frappant légèrement contre la table. Avec un morceau d'amadou on fait pénétrer le métal par pression dans les moindres sinuosités du petit modèle en plâtre. A un certain moment, par son refroidissement, le métal devient pâteux.

Il est alors possible de le modeler avant qu'il durcisse, ce qui est très avantageux spécialement dans la fabrication des prémolaires et des grandes pièces en général.

La dent à pivot refroidie est ôtée du plâtre, limée selon le contour du bout de la racine, ajustée pour l'articulation, polie avec du papier d'émeri et un brunissoir en acier. Avant de fixer la dent définitivement il faut d'abord préparer quelques barbes le long du pivot *pour que la dent tienne dans la racine mécaniquement, sans vaciller*. Ce n'est qu'après cet ajustement mécanique qu'on met autour du bout du pivot un peu de ciment collant et qu'on fixe la dent à sa place.

Les manipulations qu'on exécute pour la fabrication d'une seule dent à pivot sont les mêmes pour l'exécution d'un travail à pont de deux ou de plusieurs dents. Les principes pour prendre l'empreinte et pour transformer le négatif qui entre dans la composition de la *Regina* en alliage *Rex* ne changent pas, malgré les nombreuses variations dont cette méthode est susceptible. On trouve dans le livre du docteur Samsiœ un système complet des différents cas où l'on peut se servir de dents à pivots et de ponts. De la description d'une couronne isolée, fixée de différentes manières, par exemple par un anneau autour de la dent voisine ou par un pivot dans la racine de la dent voisine, il procède à la description de deux dents unies, fixées également de différentes manières, puis il continue l'analyse des pièces de trois, de quatre et même d'un plus grand nombre de dents, fixées au même pont.

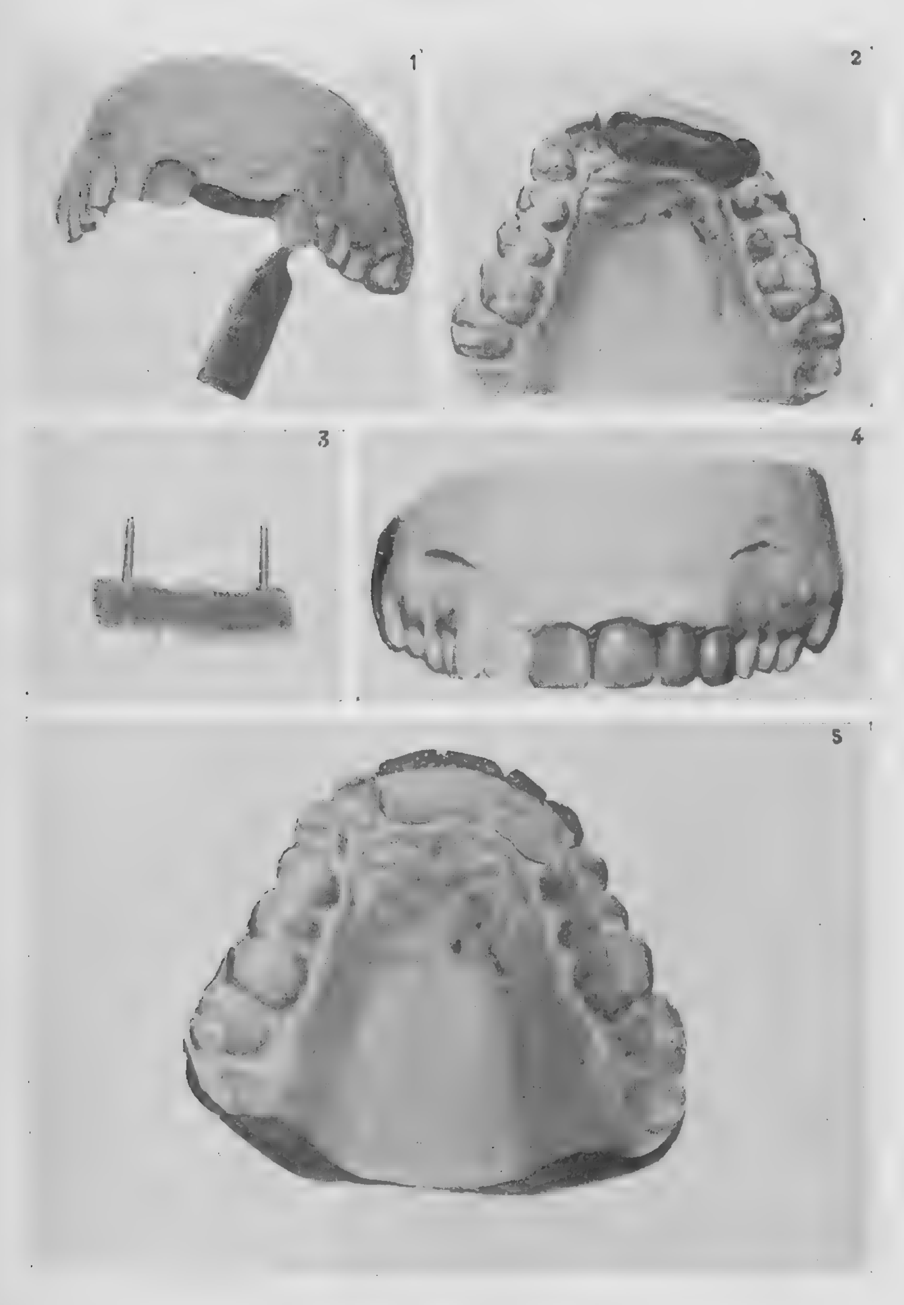
Pour donner dans cette description sommaire une idée de l'exécution d'un grand travail à pont, je choisirai une mâchoire supérieure offrant les particularités suivantes : les racines de l'incisive centrale gauche et de la canine droite restent encore, tandis que les incisives centrale et latérale du côté droit sont arrachées. Nous avons à faire un pont qui unira les deux racines, tout en portant les quatre couronnes qui manquent.

Je n'ai pas besoin d'insister sur la préparation des ra-

cines ni sur leur parallélisme. On commence par faire deux empreintes des deux bouts de racines et on les unit par une rondelle de masse de *Regina* avec laquelle on obtient une empreinte de la partie de gencive comprise entre les deux racines. Par précaution on sort cette empreinte pour vérifier le parallélisme des pivots. La masse de *Regina* ayant la propriété de se casser plutôt que de se retrécir, on peut avoir une confiance complète dans l'exactitude d'une empreinte sortie sans accident. A cette empreinte on colle successivement les quatre couronnes, taillées d'avance, si l'on veut, sur un modèle en plâtre et ajustées finalement dans la bouche. Ces quatre couronnes, placées en position exacte et articulées avec leurs antagonistes, sont mises en plâtre avec l'empreinte et les pivots. Le plâtre est taillé ensuite en forme de parallèlipipède, puis chauffé dans de l'eau pour qu'on puisse sortir la masse à impression et nettoyer les couronnes et les pivots. Ces derniers sont de nouveau placés dans leurs positions dans le plâtre, un nombre suffisant de cubes de l'alliage *Rex* y sont ajoutés et fondus sur une lampe à gaz, sans chalumeau ni soudoir.

Le métal est suffisamment résistant pour porter les quatre couronnes, et même davantage, et pour unir en même temps les deux pivots d'une manière bien solide. Seulement, il y a des cas où l'articulation est d'une certaine difficulté, et d'autres où l'on veut fixer la pièce à une bande, une demi-bande, un anneau ou une couronne entière en platine. Dans ces cas-là il est préférable, parfois même nécessaire, d'unir les différentes pièces qui constituent l'ouvrage par une soudure en or. Si nous prenons l'exemple déjà cité de quatre dents, on procède, dans un cas d'articulation difficile ou de position très irrégulière des couronnes, ainsi qu'il suit : les pivots, munis de *Regina* sont introduits dans les canaux, sans qu'on cherche à obtenir une empreinte exacte de la section des racines. On unit les deux pivots en y collant une rondelle de *Regina*, sans chercher non plus à obtenir une empreinte de la partie gingivale. A cette rondelle et aux deux pivots on attache

PLANCHE II.



PIÈCE A PONT

les quatre couronnes, en faisant attention de les mettre bien en place. Toute la pièce est mise en plâtre et nettoyée ; puis les deux pivots et tous les petits crampons sont unis par une tige en fil d'iridio-platine et sont soudés avec de l'or. Ce squelette, où les constituants ont leurs positions données exactes, est muni de cire et mis en place dans la bouche. Par ce procédé on arrive à une empreinte correcte des bords des racines et de la partie gingivale. Il n'est guère nécessaire de dire que l'articulation du « squelette » doit être essayée avant qu'on y colle la cire à impression, et que celle-ci est transformée en métal *Rex* de la manière ordinaire. Il est évident que si l'on se sert d'autres moyens de fixation que des pivots, ceux-ci peuvent être unis également aux couronnes par la masse de *Regina* et puis soudés. On a donc toujours le loisir de coiffer « capper » le bout de la racine, chaque fois qu'on en reconnaît l'utilité.

Les qualités bien spéciales de la méthode du Dr Samsiœ la signalent à la plus grande attention du monde dentaire. La manière ingénieuse dont il obtient l'empreinte jointe à celle de la transformer directement en métal ne laissent rien à désirer quant à l'exactitude et à la simplicité. C'est une méthode qui permet autant de variations et de combinaisons qu'on peut en imaginer; elle est des plus pratiques et supérieure, selon moi, aux procédés antérieurs pour un usage journalier. Je dois à l'obligeance du Dr Samsiœ d'avoir pu observer et examiner plusieurs ouvrages exécutés par lui-même, et dont quelques-uns datent d'il y a huit ans. Quant à la solidité, ces travaux m'ont paru complètement satisfaisants; même dans les conditions d'articulation difficile l'usure de l'alliage *Rex* était minime. Je suis persuadé qu'après un usage suivi mes confrères partageront mon avis.

*
* *

Dans le chapitre IX de son ouvrage « Plateless Dentures » M. Samsiœ établit une comparaison entre sa

méthode et celles de deux Allemands bien connus, MM. Witzel et Herbst. Pour établir tout de suite la différence entre la méthode de Herbst et celle de Samsiœ, je me permettrai de citer ici entièrement les pages suivantes du livre de ce dernier auteur [1].

« Le grand ouvrage « Methoden und Neuerungen auf » dem Gebiete der Zahnheilkunde » [2], dans lequel le Dr W. » Herbst a exposé le résultat d'une pratique de vingt- » cinq ans contient dans les chapitres XV et XVI quel- » ques paragraphes qui méritent d'être reproduits. Les » méthodes qui ont été décrites dans ces chapitres pour- » raient, à première vue, sembler avoir de l'analogie avec » quelques-unes des méthodes dont je me sers moi-même. » Toutefois, je suis parfaitement convaincu qu'après une » inspection et une comparaison soigneuses, et spéciale- » ment après une expérience pratique, il sera facile de » découvrir les différences considérables qui existent en- » tre les travaux en étain du Dr Herbst et ceux que je » décris, faits en alliage dur et fusible.

« Il n'est pas aisé de se faire une idée bien nette de son » système par la description peu méthodique et même par- » fois obscure qu'il en donne lui-même. Cette raison m'a » obligé à m'adresser à l'ouvrage écrit par le Dr Fritz » Holtbuer : *Herbst'sche Neuerungen für die zahn-* » *ärztliche Praxis* [3], qui est, en somme, plus suivi et plus » compréhensible que l'œuvre du maître lui-même. Il n'y a » pas de doute que le Dr Herbst ne reconnaisse comme » siennes les méthodes décrites par le Dr Holtbuer, quoi- » que les contradictions entre les deux auteurs ne manquent » pas.

« Voici maintenant quelques comparaisons entre la » méthode de Herbst et la mienne.

« Pour faire une empreinte, Herbst se sert de la cire col- » lante de la maison Friese et Rohrschneider, qu'il refroidit

1. *Méthodes et Nouveautés*, par Wilh. Herbst. (Traduction française).
2. Voir *Plateless Dentures*, p. 144 et suivantes.
3. Nouveautés de Herbst pour la pratique dentaire. (Traduction française).

» soigneusement, avant de l'enlever, avec de l'eau froide » pour éviter qu'elle ne se déforme. Malgré cette précau- » tion, il semble que le but n'est pas entièrement atteint et » qu'on ne peut toujours enlever l'empreinte dans un état » parfait, de sorte que l'auteur a recours à une empreinte » auxiliaire en Stent (voir Herbst p. 152).

« La masse à empreinte faite par moi (*Regina*) devient » dure et forte en quelques secondes, à la température ordi- » naire de la bouche, sans aucun refroidissement spécial. Il » n'y a pas de danger qu'elle se déforme, pourvu que les » pivots soient sensiblement parallèles.

« Après avoir enlevé la cire de l'empreinte, Herbst se » sert d'un fer à souder pour faire couler l'étain. Par cette » manipulation les dents sont facilement exposées à être » fendues, et, tout au moins, décolorées. En outre l'étain » n'entre pas toujours dans toutes les sinuosités de l'em- » preinte en plâtre, et, pour cette raison, Herbst recom- » mande des précautions spéciales pour réunir de nouveau » le modèle cassé, opération en effet très précaire.

« Selon ma méthode, l'alliage est fondu par échauffe- » ment progressif, sans l'aide d'un fer à souder. De cette » manière toute la pièce obtient une chaleur égale qui per- » met de presser l'alliage aussi facilement qu'exactement » dans les moindres sinuosités du modèle. Ainsi on évite » les difficultés énoncées ci-dessus.

« Pour la substitution, par exemple, de quatre incisives » supérieures, dont toutes les racines sont intactes, Holt- » buer recommande (p. 59) un procédé singulier qui con- » siste à se servir des deux centrales ou des deux latéra- » les pour porter les pivots, et à obturer les deux autres » racines avec des *cure-dents chinois*. Il dit que, dès » qu'ils sont humides, ils assurent une occlusion parfaite, » prétention qui nous semble aussi vraie que blessante avec » notre sens de l'asepsie. De plus, l'auteur choisit indiffé- » remment une paire quelconque d'incisives pour supporter » le travail à pont.

« Les quatre racines étant également bonnes, il semblerait

» plus prudent et plus logique de munir chaque racine de » son pivot spécial.

« Quelques-unes des objections qu'on peut faire contre » l'étain comme base pour cette sorte de dentiers sont indi- » rectement reconnues justes dans maints endroits du livre » de M. Herbst.

« Pour remédier à l'usure de l'étain dans la bouche, le » Dr Herbst recommande de le munir d'amalgame, ce qui » prouve que l'usure doit être assez considérable. Si par » l'usure les crampons de la couronne ont été exposés, il » est reconnu que l'amalgame adhère si bien à l'étain qu'il » peut de nouveau supporter les crampons, tandis que l'al- » liage dont je me sers (*Rex*) s'use si peu qu'il n'est » même pas nécessaire de prendre cette usure en considéra- » tion ».

L'exposé qu'a donné ici M. Samsiœ évitera, comme on le voit, toute confusion entre sa méthode et celle de Herbst.

Il en résulte que la question de l'ancienneté perd toute son importance. Il faut seulement remarquer que M. Samsiœ pratique sa méthode depuis huit ans [1], temps suffisant pour bien juger de ses avantages.

---

1. Voir *Dentiers sans plaque*. Traduction française dans *Le Progrès Dentaire*. Préface.

DES SINUSITES CHRONIQUES; LEUR TRAITEMENT

Par M. le Dr Mounier

Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 6 décembre 1898)

J'ai tout d'abord à remercier mon excellent confrère et ami le docteur Sauvez d'avoir bien voulu m'amener parmi vous, afin d'exposer une nouvelle méthode opératoire pour *la cure radicale* des sinusites maxillaires. Ce procédé n'est point de moi ; je puis donc en parler en toute liberté et insister longuement sur ses nombreux avantages.

La question est du reste d'un intérêt considérable aussi bien pour les dentistes que pour les rhinologistes, qui de tout temps ont été à peu près impuissants contre cette affection, surtout dans les cas anciens où les malades traînent, pour ainsi dire jusqu'à leur mort, la canule de forme plus ou moins variée par laquelle ils lavent journellement leur sinus.

Je vais tâcher d'être très clair et surtout très persuasif, car je ne voudrais partir d'ici qu'après vous avoir convaincus, comme je le suis moi-même, que nous avons enfin un moyen *sûr* de guérir radicalement les suppurations, même les plus anciennes, du sinus maxillaire.

Avant d'aborder la technique et les résultats du nouveau procédé, vous me permettrez d'insister un peu sur quelques points qui ont une véritable importance.

L'*étiologie* ne nous arrêtera pas. Que la sinusite soit, en effet, d'origine dentaire ou nasale, la chose importe peu pour le traitement.

Il n'en est pas de même du *degré d'ancienneté* de la sinusite ; si elle est *aiguë* ou *chronique*, la thérapeutique est toute différente, et la raison en est dans l'anatomie pathologique de la muqueuse du sinus, bien différente dans l'un ou l'autre état.

Dans la sinusite aiguë avec sécrétion claire ou muco-purulente, la muqueuse est simplement vascularisée, tur-

gescente, mais non hypertrophiée au point de ne pouvoir revenir à son état normal.

Dans la sinusite chronique, au contraire, avec sécrétion purulente, à pus grumeleux, ce n'est plus une muqueuse qui tapisse la cavité sinusienne, mais un amas énorme de bourgeons fongueux, baignant dans le pus et remplissant souvent tout le sinus, au point de faire hernie dans le méat moyen. Il est certain qu'en présence de pareilles lésions il n'y a pas de *lavages* capables de remettre la muqueuse en état et que le curettage seul de toute cette dégénérescence, et un curettage des plus soignés, pourra, comme je vous le montrerai, tarir la suppuration.

Le point délicat, m'objecterez-vous, est de savoir quand on doit considérer une sinusite comme passée de l'état aigu à l'état chronique, du moins quand on n'a pas suivi le malade.

La chose est plus difficile en apparence qu'en réalité ; c'est le moment d'appeler à notre aide tous les moyens d'investigation dont nous disposons et de dire deux mots du *diagnostic* différentiel.

Dans la sinusite aiguë le début remonte toujours à quelques jours, deux ou trois semaines au plus ; les douleurs sont en général très vives à cause de la rétention et quand il y a un écoulement soit par l'alvéole à la suite d'une avulsion de dent, soit par le nez, il est à peine *louche*.

Dans la sinusite chronique le mal remonte à beaucoup plus longtemps ; c'est depuis des semaines, des mois, souvent même des années, que le malade *mouche du pus*, a des douleurs intermittentes au niveau de la fosse canine, du gonflement passager sur le côté correspondant du nez ou un écoulement par une fistule alvéolaire. L'examen du nez, à la rhinoscopie antérieure, montre des polypes au niveau du méat moyen et du pus crémeux, grumeleux, surtout sur le cornet inférieur.

Enfin l'éclairage électrique intra-buccal avec une lampe de 6 à 10 volts est le complément indispensable d'un examen sérieux. On sait en effet tout de suite par ce moyen s'il

y a épanchement purulent, car dans ce cas les rayons lumineux sont arrêtés et on note deux signes très importants :

1° *Celui de Heyring*, ou ombre sous-orbitaire partant du bord de l'orbite pour venir se confondre insensiblement en bas avec la clarté rosée de la lumière traversant les tissus plus transparents.

2 *Celui de Garel*, qui est la sensation lumineuse perçue par le patient dans l'œil du côté sain et faisant complètement défaut dans l'œil du côté malade. Ces différences d'éclairage objectives et subjectives ont surtout une grosse importance quand elles sont unilatérales, et perdent beaucoup de leur précision quand les deux sinus maxillaires sont pris ; toutefois, jointes aux autres données, elles complètent très utilement le diagnostic.

Nous savons en outre que la sinusite aiguë cède en général aux *moyens médicaux* (fumigations aromatiques, compresses chaudes sur la joue, menthol en inhalations), et, quand on soupçonne une rétention,elle disparaît rapidement par une *intervention chirurgicale* simple, que vous pratiquez d'une manière courante (avulsion d'une dent et perforation par l'alvéole ou perforation de la fosse canine avec un trocart fin, le tout suivi de lavages antiseptiques.)

La sinusite chronique, à suppuration ancienne, ne relève par contre que du traitement chirurgical.

Jusqu'à ces temps derniers, si nous voulons être de bonne foi, nous n'avons jamais pu *promettre* une guérison absolue à nos malades atteints de cette seconde forme. Nous avons, vous messieurs les dentistes et nous les rhinologistes, combattu de notre mieux les phénomènes, douleurs et sécrétion purulente ; mais si nous avons presque toujours obtenu la cessation des névralgies et quelquefois, après des mois de lavages, la *diminution*, parfois la cessation de l'écoulement purulent nasal ou buccal, nous avons tous des malades qui n'ont jamais pu *guérir radicalement* et qui après des années de traitement en sont au même point que deux mois après les premiers soins. Ce sont des infirmes qui doivent continuer à se laver, s'ils ne veulent pas s'in-

toxiquer par le pus qui continue sans relâche à couler.

J'attirerai en passant aussi l'attention sur la participation fréquente (bien mise en relief ces temps derniers) de la suppuration du sinus frontal du même côté, avec possibilité d'infection du sinus maxillaire uniquement par le pus du sinus frontal venant s'écouler par l'hiatus dans le sinus maxillaire. Il est nécessaire, dans ce cas complexe, de curetter les deux sinus l'un après l'autre, dans la même séance, pour avoir une guérison complète.

Bien des moyens ont été préconisés pour la guérison de la sinusite maxillaire chronique :

Lavages de l'antre par l'hiatus naturel au moyen d'une sonde spéciale.

Lavages après perforation de la paroi nasale au moyen du trocart de Krause.

Large perforation par l'alvéole et lavages et même tamponnements du sinus à la gaze iodoformée ou salolée (*procédé de Cooper* et modifications de cette méthode).

Ouverture par la paroi externe (fosse canine), — *procédé de Desault* — et pansements consécutifs, fort longs, de manière à amener la disparition du sinus par bourgeonnement et la cessation de toute suppuration. Mais au prix de quel supplice obtient-on ce résultat, car on ne doit pas oublier que le malade est condamné à tout manger au parfum de son pansement (iodoformé, salolé ou autre) ! Cette opération de Desault, la seule qui permette de bien voir et de curetter à fond tous les diverticules, était considérée comme le moyen extrême et souvent même abandonnée en raison de l'ennui des pansements consécutifs.

C'est ce vieux procédé de Desault qui, rajeuni par les progrès de la chirurgie moderne aseptique, va nous donner le moyen de promettre au malade la *guérison absolue* au prix de bien peu de choses, en somme :

La chloroformisation.

Le séjour à la chambre pendant 5 à 6 jours ; et, comme avantages sur tous les procédés :

Pas de lavages consécutifs du sinus.

Pas de pansements buccaux.

Pas de douleurs consécutives à l'opération.

Dans les 5 à 6 jours qui suivent, facilité de s'alimenter à sa guise et possibilité de sortir vers le dixième jour sans pansement *apparent*. Cette méthode de cure radicale de la sinusite maxillaire *chronique* a été préconisée par le docteur Caldwell, professeur à la polyclinique de New-York, et surtout en France par le docteur Luc.

Elle comprend plusieurs temps :

1° Section de la muqueuse gingivale au bistouri à la réunion de la joue avec cette muqueuse ;

2° Décollement à la rugine de tout le périoste de la fosse canine ;

3° Ouverture à la gouge et au maillet de la paroi antérieure du sinus ;

4° Curettage très soigné (sous le contrôle de la lumière électrique) de toute la cavité du sinus ;

5° Ouverture d'une brèche dans la paroi nasale du sinus ;

6° Mise en place d'un drain spécial faisant communiquer le nez avec le sinus ;

7° Suture de la muqueuse et du périoste, de manière à fermer toute communication entre le sinus et la bouche.

Ce dernier temps clôture toute intervention ; si votre curettage a été bien fait, vous n'avez plus qu'à surveiller votre malade dont le sinus va se vider par le drain, durant une dizaine de jours, de la sérosité sanguinolente ou muco-purulente consécutive à l'opération, et le drain retiré, tout est fini.

Cette opération ne marche bien qu'à la condition que tout soit réglé et prévu en raison surtout de trois causes :

1° Cavité à curetter peu accessible ;

2° Exiguïté du champ opératoire ;

3° Écoulement de sang dans la bouche pendant une bonne partie de l'opération.

De plus, il est indispensable d'opérer d'une manière aussi aseptique qu'il est possible et de n'employer que des produits rigoureusement stérilisés.

Pour cette opération, deux aides sont indispensables : un pour le chloroforme, un pour écarter la joue et la lèvre supérieure du côté malade. Une troisième personne doit s'occuper exclusivement de vous donner l'éclairage électrique quand vous le demandez.

Les pinces hémostatiques sont absolument inutiles ; toute hémorrhagie s'arrête par la compression, aussi bien dans la section de la muqueuse gingivo-labiale que dans la section de l'os ou dans le suintement très abondant de la cavité du sinus, aussitôt qu'on curette les fongosités. Le grand point est de bien tamponner. Je ne saurais trop recommander à cet effet des compresses de gaze froissées de 0 m. 45 de long sur 0 m. 30 de large et stérilisées à sec.

Nous allons, si vous le voulez bien, insister sur les détails de chaque temps.

1° *Incision de la muqueuse.* — Le patient étendu, étant chloroformisé à fond, la tête reposant sur la table, la lèvre supérieure et la joue fortement écartée par un aide au moyen d'un long écarteur, on va procéder au premier temps.

On introduit toutefois auparavant, à la rencontre des deux arcades dentaires, une forte bande de gaze aseptique destinée à absorber en grande partie le sang qui s'écoule dans la bouche.

Le chirurgien, placé du côté à opérer, incise jusqu'à l'os au bistouri la muqueuse gingivale près de sa rencontre avec celle de la joue.

La ligne d'incision doit aller de la première grosse molaire à la première incisive rencontrée en allant vers la ligne médiane.

2° *Décollement du périoste.* — Après tamponnement de quelques secondes sur les lèvres de la plaie on décolle rapidement à la rugine le périoste de la fosse canine, et l'écarteur qui relevait la joue saisit à ce moment et récline fortement en haut tout le lambeau supérieur. Une compression serrée à la gaze pendant quelques secondes arrête toute hémorrhagie, et l'on procède au troisième temps.

3° *Ouverture de la paroi du sinus.* — La paroi anté-

rieure du sinus est ouverte à l'aide d'un ciseau de 8 à 10 millimètres de large et d'un maillet, dans le prolongement de la 2e petite molaire. L'épaisseur d'os à couper est très variable, mais dans les sinusites anciennes elle est réduite à une simple coque qui s'effondre dès le premier coup. Cette première brèche ouverte, on doit l'agrandir jusqu'à pouvoir y passer l'index, et la nouvelle section d'os doit être faite en allant vers la paroi interne ou nasale du sinus et en bas jusqu'au plancher du sinus. En résumé la brèche doit être étendue en dedans et en bas. Cet agrandissement est rapidement pratiqué à l'aide d'une pince coupante.

Dès que le sinus est béant, l'hémorrhagie commence et la seule façon de l'arrêter est le tamponnement serré au moyen de longues bandes de gaze-chiffon préalablement stérilisées à sec, de 0 m. 45 de long sur 0 m. 30 de large.

4° *Curettage du sinus.* — Le champ opératoire étant bien éclairé par une lampe électrique, l'aide enlève rapidement la gaze introduite dans le sinus et le chirurgien profite de l'arrêt du sang pour curetter rapidement les plus grosses fongosités ; un tamponnement serré de quelques minutes fait suite au premier curettage. Les bandes de gaze retirées, on détruit les fongosités restantes en raclant avec soin le plancher, la paroi externe, la paroi orbitaire et la paroi nasale.

Le curettage ne doit être arrêté que lorsque l'os est *partout* senti sous la curette ; du reste l'éclairage de la cavité après un dernier tamponnement montre si tout est *net* et l'on se rend facilement compte que les seuls points qui saignent sont ceux où il existe encore quelques fongosités. On n'oubliera pas que le temps très important de l'opération est un bon curettage. On termine le nettoyage du sinus maxillaire par un badigeonnage de toutes les parois et anfractuosités avec une solution de chlorure de zinc à $\frac{1}{5}$ avec un tampon d'ouate monté sur un stylet et imbibé de ce liquide. On pulvérise enfin de l'iodoforme dans le sinus et l'on se prépare au 5e temps. Il est toutefois de la plus grande importance de s'assurer que le sinus n'est pas cloisonné

soit par une membrane, soit par une véritable séparation osseuse, car on s'exposerait à ne nettoyer qu'un diverticule du sinus en laissant l'autre intact.

5° *Ouverture d'une brèche dans la paroi nasale.* — Elle doit être pratiquée aussi bas et aussi en avant qu'il est possible au moyen du ciseau fin et du maillet qui permettent de circonscrire une rondelle d'os d'un centimètre environ de diamètre. Il faut aller à très petits coups, de manière à casser simplement l'os, très peu résistant à ce niveau. La rondelle est retirée avec une pince à griffe, et l'on sectionne la muqueuse au bistouri. On peut alors installer le drain.

6° *Mise en place du drain.* — Le drain employé est de forme un peu spéciale : l'extrémité destinée à rester dans le sinus présente la forme d'un entonnoir. L'extrémité non évasée du drain étant fortement fixée par un cordonnet de soie, ce dernier est enfilé dans une aiguille mousse qu'on pousse du sinus dans le nez, puis à l'extérieur, par l'orifice creusé dans la paroi nasale. Il suffit alors de tirer sur le fil pour amener l'entonnoir du drain à oblitérer complètement l'hiatus artificiel et à assurer ainsi le drainage. Ce qui dépasse du tube est coupé au ras du nez.

L'introduction du drain, que nous croyons avoir perfectionnée en la simplifiant, grâce à la construction d'une aiguille conductrice spéciale, demandait, avec le stylet habituellement employé, beaucoup plus de temps et nécessitait aussi des allées et venues entre le nez et le sinus, qui étaient une cause possible d'infection pour cette cavité fraîchement curettée, et de perte de sang nouvelle pour le patient.

7° *Suture de la muqueuse.* — Après avoir étanché une dernière fois la cavité du sinus et y avoir pulvérisé de l'iodoforme, on suture au moyen de catgut n° 0 les deux lèvres de la plaie buccale par 4 ou 5 points séparés. Il est nécessaire, pour opérer à son aise, d'employer une aiguille à encoche coudée et courbée latéralement.

Ce temps est très délicat, étant donné la profondeur à laquelle on doit pratiquer la suture. Le catgut se résorbe, et

point n'est besoin d'enlever les fils, dans les jours suivants ; ce qui a bien aussi son importance.

Il est bon de glisser dans le sillon gingivo-labial une légère bande de gaze salolée ou iodoformée, qui sera maintenue en place jusqu'au lendemain, ou pour plus de précaution pendant 2 à 3 jours.

Le malade doit éviter de parler pour ne pas remuer trop les lèvres, pendant les premier jours, de façon à assurer la réunion de la plaie ; dans le même but, on ne lui donne que des aliments liquides pendant les 4 à 5 premiers jours.

La douleur consécutive à ce gros traumatisme est pour ainsi dire nulle ; c'est à peine si la sensibilité est vive à la pression au niveau de la perte de substance osseuse.

Par le tube de caoutchouc il s'écoule du sang le premier jour, puis les jours suivants de la sérosité muco-purulente, de plus en plus claire, que le malade ou son entourage essuie avec soin au bord du tube au moyen d'un tampon de ouate hydrophile imbibée d'eau boriquée.

Le tube est retiré vers le 10e jour. Il existe au niveau de la joue, du côté opéré, pendant cinq à six jours un peu de gonflement, qui disparaît graduellement.

Toute sécrétion nasale (le sinus maxillaire étant seul malade) est tarie en deux à quatre semaines ; si le curettage a été complet, on ne doit plus trouver de pus dans le nez.

Pour le cas probablement fréquent chez vos malades où le patient est porteur d'un drain, je conseille de le retirer et de hâter par des cautérisations la fermeture de cet orifice alvéolaire, avant de pratiquer l'opération radicale, car, une fois opéré, le sinus ne doit plus communiquer avec la bouche. En cas de nécessité, je pense qu'on pourrait, dans le dernier temps de la cure radicale, aviver les bords de la fistule et la fermer par un ou deux points de suture.

Résultats éloignés.

Il a été peu publié jusqu'ici sur cette opération, mais nous connaissons cependant des résultats éloignés d'une trentaine de cas ; dans tous la guérison a été la règle.

La seule complication connue de nous a été un abcès de la joue dans les quatre ou cinq jours après l'opération et qui, ouvert par la bouche, a du reste parfaitement guéri.

Quelques cas, deux ou trois, sur ce nombre, ont dû être opérés à nouveau en raison d'un curettage insuffisant à la première intervention, et peut-être même aussi par suite d'une suppuration méconnue du sinus frontal du même côté, qui continuait à remplir la narine de pus et avait réinfecté le sinus maxillaire.

En résumé, vous voyez que les résultats sont encourageants pour le chirurgien. N'allez pas croire, toutefois, que cette opération radicale, et d'une certaine importance, bien qu'on puisse la considérer comme bénigne, doit être à notre sens la *seule* à employer dans *toutes* les sinusites maxillaires : cela est bien loin de notre pensée.

Nous estimons que les sinusites aiguës relèvent toujours des décongestifs ou, s'il y a rétention, de la simple perforation alvéolaire ou de la fosse canine, suivie d'injections antiseptiques. Pour les sinusites purulentes, nous acceptons encore la mise en place d'un drain par l'alvéole et les lavages consécutifs, antiseptiques et modificateurs, surtout si l'on n'est pas forcé de sacrifier une dent saine.

Je vous engage toutefois à ne pas vous immobiliser dans cette dernière thérapeutique, et si votre malade ne peut cesser ses lavages sans voir reparaître le pus, à pratiquer sans hésitation la cure radicale, qui seule pourra vous donner une guérison complète.

Notre confiance dans la *cure radicale* est même telle que nous n'hésitons pas à proposer d'emblée à nos malades cette opération dans tous les cas où, après un examen minutieux, nous avons porté le diagnostic de sinusite maxillaire purulente. En agissant de bonne heure, nous évitons sûrement toutes les complications possibles du côté de l'œil, de la joue ou de la voûte palatine et nous avons, avec une opération moins longue, une guérison encore plus rapide, que (sauf dans quelques cas plutôt rares) tous les autres procédés sont incapables de procurer.



Moyen de nettoyer les serviettes tachées de sang

Le *Correo Internacional Odontologico* indique le procédé suivant pour nettoyer les serviettes tachées de sang : laver la serviette dans une solution tiède d'acide tartrique et rincer ensuite dans l'eau pure.

Vernis pour cavités

Dissoudre du copal dans parties égales d'alcool et de chloroforme, ajouter un volume égal d'hydronaphtol et l'on obtiendra un vernis adhésif, fortement antiseptique, exempt de toute propriété septique.

Moyen d'enlever l'oxydation

Pour enlever l'oxydation aux pièces de prothèse en or après la soudure et pour éviter la fracture des dents artificielles qui se produit si souvent lorsqu'on plonge l'appareil chaud dans l'acide muriatique, employer la formule suivante :

Acide citrique	1	gramme.
Sel marin	2	—
Eau	10	—

Plonger la pièce soudée dans cette solution froide et l'y laisser de 15 à 20 minutes, la polir ensuite comme d'habitude.

(*El Correo Internacional Odontologico.*)

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1899

MM. **Lemerle**, ✿, *président.*
Dr Sauvez, *vice-président.*
L. Richard-Chauvin, ✿, *vice-présid.*

MM. **Choquet**, *secrétaire général.*
Jeay, *secrétaire des séances.*
Dr Pitsch, *secrétaire des séances.*

MM. **Meng** ✿. } *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction*
Touvet-Fanton. } *de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey et Poinsot.**

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1899

BUREAU

M. **d'Argent**, ✿, *président.*

MM. **Richard-Chauvin**, ✿, *vice-président.*
Coignard, *vice-président.*
De Marion, ✿, *secrétaire général.*

MM. **Prével**, ✠, *secrétaire adjoint.*
Rollin, ✿, *trésorier.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.** ✠, ✿, **Poinsot** ✿.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Billet**, **Claser** ✠, **Godon** ✿, **Lemerle**, ✿, **Dr Maire**, **Devoucoux**, **Martinier**, ✿, **Ed. Papot**, ✿, **Paulme**, **Stévenin**, **Viau**, I. ✿.

PROVINCE *(Nord-Est).*

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. **Dr Martin**, ✿ (Lyon), **Schwartz** ✿ (Nîmes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr) ✿, **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit** (A.), **Gardenat**, **Pillette**, **Wiesner**, ✠, ✿.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire* ; **Billet**, **De Marion**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin**.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie.*

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union* :
15 0/0 de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.



REVUE DE L'ÉTRANGER

L'ANESTHÉSIE AU CHLORURE D'ÉTHYLE

Par M. le Dr C. Rugg, de Bâle.

Le professeur Billeter a exposé dans le n° 4, vol. VII, de la *Schweiz. Vierteljahrsschrift f. Zahnheilkunde* ses expériences sur l'anesthésie au chlorure d'éthyle, expériences qui nous ont engagés, M. Respinger et moi, à étudier la question de plus près.

Si nous examinons la littérature sur ce sujet, nous constatons qu'elle est très peu abondante, et pourtant beaucoup de chirurgiens-dentistes se sont déjà, bon gré mal gré, familiarisés avec cette anesthésie.

Il est certainement arrivé à quelques praticiens, en cas d'application de chlorure d'éthyle sur la gencive, de constater parfois, comme effet concomitant, une anesthésie générale, imparfaite toutefois, qui s'ajoute avantageusement à l'effet souvent imparfait de l'anesthésie locale. Quels dangers peut entraîner une anesthésie semblable qu'on ne désire point ?

Si, ainsi que le montre par des statistiques le Dr Ernest Hankel dans son récent manuel de l'anesthésie par inhalation, la mort est survenue 14 fois pendant l'anesthésie au chloroforme au commencement de celles-ci ; si, en outre, on connaît un cas de mort dû à l'éther immédiatement après les premières inhalations ; si enfin la littérature enregistre 2 cas de mort au commencement de l'anesthésie au bromure d'éthyle, il est à propos, en présence de l'emploi répété du chlorure d'éthyle comme anesthésique local pour la cavité buccale, d'examiner les effets toxiques susceptibles de se produire en cas d'inhalation de ce gaz.

Un des premiers qui se sont occupés dans le monde dentaire des propriétés anesthésiques du chlorure d'éthyle est le Dr Thiesing, de Hildesheim.

Il a parlé, le 9 février 1896, au 18e congrès de la Société dentaire de la Basse Saxe, tenu à Hanovre, de ces anesthésies inattendues par le chlorure d'éthyle et a constaté qu'elles survenaient très rapidement, que la respiration demeurait normale, que le réflexe cornéen n'avait pas disparu et que le visage prenait une forte teinte rouge. L'anesthésie dura dans chaque cas assez longtemps pour que 2 dents — une fois 5 dents tenant solidement pussent être enlevées. Thiesing rapporte aussi l'absence de la période d'excitation. De plus, il entreprit des expériences sur les animaux, sans l'aide toutefois d'appareils enregistreurs.

Dans le n° 481 du *Zahnärztliches Wochenblatt* (1896) il parut

ensuite une note sur les anesthésies au chlorure d'éthyle, due à Soulier et Brian, de Lyon, sous le titre : *la thérapeutique actuelle.* D'après cette note, l'anesthésie se produit en cas de dose relativement élevée (5 à 6 c. c.) passablement vite et dure de 5 à 10 minutes, et 8417 anesthésies auraient été administrées à Lyon avec ce nouvel agent.

Il me sembla invraisemblable *a priori* qu'on pût obtenir des anesthésies aussi longues avec le chlorure d'éthyle, qui bout à 12°,5 et est par suite rapidement chassé du corps ; le nombre de 8417 me sembla également élevé. Mais j'eus l'occasion d'entretenir à Lyon le Dr Brian de cette question et j'eus la satisfaction d'apprendre que les doutes que j'avais élevés dans le *Zahnärztliches Wochenblatt* étaient justifiés. Voici ce qui s'était passé : le professeur Soulier avait fait avec M. Brian des essais sur divers anesthésiques : le chlorure d'éthyle $\left(\begin{smallmatrix} CH_2\,Cl \\ CH_2\,Cl \end{smallmatrix}\right)$, le chlorure d'éthyle isomère $\left(\begin{smallmatrix} CH\,Cl_2 \\ CH_3 \end{smallmatrix}\right)$, le bromure d'éthyle et le bromure d'éthylène, ainsi qu'avec tous ceux-ci, à l'exception de notre corps : le chlorure d'éthyle $C_2\,H_5\,Cl$, aussi chlore éthyle, *æthylum chloratum*, *æther hydrochloratus*, *æther muriatus*, *éther chloro-oxygéné*, appelé *monochloréthan*. Soulier et Brian ont en particulier dirigé leur attention sur le chlorure d'éthylidène, et c'est à cet agent que se rapportent les remarques faites dans le n° 481 du *Zahnärztliches Wochenblatt*. Brian ne sait rien des 8417 anesthésies obtenues à Lyon avec cet agent ; il m'a déclaré avoir employé avec Soulier le chlorure d'éthylidène 99 fois avec succès, mais avoir eu une terminaison fatale avec un alcoolique la 100e fois, après quoi il avait suspendu ses expériences.

J'ai rapporté ces faits en détail parce que le n° 293 de la *Zahnärztliche Rundschau* de 1898 contient un rapport du Dr Heinz-Wohlgemuth, de Berlin, sur les anesthésies au chlorure d'éthyle, qui, basé sur la même erreur, est de nature à provoquer des objections contre le nouvel agent. Il y est dit notamment que le Dr Alfred Ludwig a reçu de Soulier l'avis que celui-ci a eu des désagréments avec cet agent. Mais, d'après nos explications, c'est avec le chorure d'éthylidène et non avec notre chlorure d'éthyle qu'il les a obtenus.

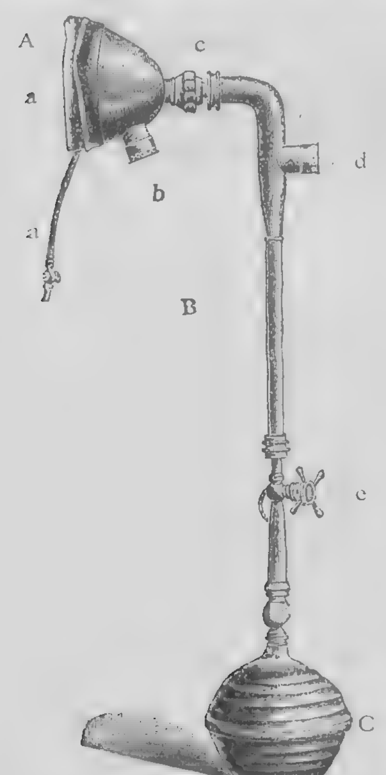
Quand on songe que la confusion du bromure d'éthyle avec le bromure d'éthylène toxique a coûté la vie à trois personnes au moins, on ne peut être taxé de pédantisme si l'on désigne exactement ces combinaisons presque identiques ou isomères et si l'on y ajoute au besoin la formule de composition.

Il a été fait par le professeur Billeter un plus grand nombre d'anesthésies au chlorure d'éthyle à la clinique dentaire de l'Université de Zurich : 30, je crois ; de même le nouvel agent a été employé 66 fois avec un succès marqué à la clinique chirurgicale d'Innsbruk. Le Dr A. Ludwig, médecin auxiliaire à la clinique du professeur de Haker, avait entrepris ces expériences sur le conseil de Brian ; le

résultat en est rapporté dans le vol. XIX, fasc. 3 des *Beiträge zur klinischen Chirurgie.*

Le travail contenant une statistique détaillée de ces 66 anesthésies peut être considéré comme le plus important sur la question de l'anesthésie au chlorure d'éthyle. J'en extrairai quelques parties très importantes.

A. — Ludwig avait déjà constaté les difficultés de la technique de l'anesthésie. Il évite la perte qui se produit nécessairement quand on emploie une combinaison si facilement volatile en plaçant sous le masque Juliard une deuxième corbeille, plus petite, contenant du chlorure d'éthyle à dose massive. Il emploie également un masque imperméable à l'air s'appliquant sur le visage (système Breuer), pourvu de soupapes d'inspiration et d'expiration comme le masque Clover pour le protoxyde d'azote. Dans ce cas le chlorure d'éthyle est projeté sur de la gaze. Des raisons d'économie nous ont amené à construire l'appareil suivant, qui est breveté et qu'on peut se procurer à la clinique dentaire, 5, rue Franche, à Bâle.



A Masque.
- a Tube de caoutchouc pour jonction hermétique avec le visage.
- b Soupape d'expiration.
- c Jointure.
- d Soupape d'inspiration.

B Tube télescopique.
- e Fermeture à vis.

C Réservoir.

Cet appareil se compose : 1° du masque avec soupape d'expiration ; 2° du tube de jonction pourvu d'une soupape d'inspiration, qui

y est fixé à articulation ; 3° du réservoir à fermeture à vis, construit d'après la tension, contenant 1 kil. de chlorure d'éthyle ; 4° du tube télescopique reliant le tube de jonction et le réservoir.

Cet appareil repose sur le principe suivant : la surface à volatiliser est séparée du masque ; les vapeurs de chlorure d'éthyle dégagées du réservoir parviennent dans le masque, après s'être mélangées avec l'air atmosphérique.

Avec le masque de verre de Schönemann employé jusqu'à présent pour les inhalations au chlorure d'éthyle, le liquide bouillant à 12°,5, qui s'échappait par une ouverture capillaire, sortait sous forme de rayon par une large cheminée directement sur un tampon de laine placé dans le masque, ce qui produisait les inconvénients suivants :

1° Grande consommation d'un produit coûteux pour obtenir une anesthésie suffisante, car une grande partie du chlorure d'éthyle passe entre le visage et le masque et s'échappe en vapeurs par la cheminée.

2° Perte de temps dans la production de l'anesthésie ;

3° La volatilisation rapide refroidit fortement et le masque de verre (sensation de froid désagréable pour l'anesthésiste) et l'air qui arrive (nocivité de l'air froid aspiré sur les organes respiratoires).

Les avantages du nouvel appareil sont les suivants :

1° Consommation moindre de chlorure d'éthyle, grâce à l'ajustage imperméable à l'air du masque et son application facilitée par la jonction articulée avec le tube d'ajoutage ;

2° Survenance de l'anesthésie en un temps moindre par suite de la disposition qui précède ;

3° Ventilation convenable de l'espace creux du masque et du tube d'ajoutage par des soupapes ;

4° Placement de la soupape d'inspiration sur le tube d'ajoutage, ce qui facilite l'aspiration et le mélange convenable avec l'air atmosphérique ;

5° Éloignement du visage du patient de la surface volatilisable et productrice du froid et placement de celle-ci dans le réservoir, qui aboutit sur le giron du sujet à anesthésier ;

6° Règlement de l'arrivée du gaz dans des limites plus étroites par la fermeture à vis adaptée au réservoir.

7° Adaptation commode à la taille du patient par le tube télescopique reliant le masque au réservoir ;

B. — Ludwig fait déjà remarquer combien l'irritation exercée sur le patient pendant l'inhalation peut entraver la marche de l'anesthésie. Nos expériences nous ont appris que la forte pression du masque de verre employé alors ou l'enlèvement du masque avant que l'anesthésie soit produite réveillent le patient, observations qui nous ont conduit à construire l'appareil décrit ci-dessus ;

C. — Il fait remarquer aussi les divers effets du produit Bengué et de

celui de Hennig comparativement au chlorure d'éthyle de la Société chimique des usines du Rhône. Ce dernier, à dose moindre, donne de meilleures anesthésies que les deux premiers. Nous n'employons pour remplir notre récipient qu'un produit chimiquement pur, qui s'obtient par la distillation du chlorure d'éthyle employé d'ordinaire pour l'anesthésie locale avec du $H_2 SO_4$;

D. — Ludwig signale, comme Thiesing, que dans 66 des anesthésies administrées par lui le réflexe cornéen et pupillaire persista, et cependant il avait pratiqué des anesthésies de 1/4 d'heure de durée en anesthésiant toujours d'une manière superficielle. La cornée et la pupille se comportaient dans les anesthésies au chlorure d'éthyle faites par nous au moyen du masque de verre tout à fait conformément aux observations de Ludwig et de Thiesing, c'est-à-dire que nous n'obtenions pas la disparition du réflexe cornéen et nous ne nous donnions pas une peine particulière pour l'obtenir, car nous ne voulions pas, l'analgésie obtenue, pousser plus loin l'anesthésie uniquement pour les besoins de l'expérience. Il est clair qu'avec le masque de verre, où le chlorure d'éthyle si volatile s'échappe dans toutes les directions, la phase plus marquée de l'anesthésie caractérisée par l'abolition du reflexe cornéen ne survient qu'après une action prolongée, parce que l'anesthésie se produit toujours à une période moins reculée. Depuis l'introduction de notre appareil d'inhalation nous parvenons assez aisément à faire disparaître ce réflexe, de sorte que maintenant nous pouvons opérer en pleine anesthésie.

Avant d'appliquer le nouvel anesthésique aux hommes j'ai entrepris des expériences sur les animaux, non parce que je pensais pouvoir reporter directement sur les hommes les résultats favorables qui s'en dégageraient, mais dans l'intention d'observer la succession des diverses phases de l'anesthésie sur l'animal ; s'il s'était produit alors des effets alarmants, les essais sur l'homme auraient dû être faits avec une prudence particulière.

Les essais sur les animaux ont été heureux, à en juger par trois mois d'expériences, et présentent de l'analogie sur plus d'un point avec les expériences de MM. Billeter et Ludwig sur l'homme.

J'examinerai d'abord brièvement les conditions dans lesquelles les essais sur les animaux (des lapins) ont été entrepris, à l'institut physiologique de l'Université de Bâle, au directeur duquel — mon honoré maître, le professeur Metzner — je dois des remerciements pour son concours efficace et ses utiles conseils.

Pour mesurer les oscillations manométriques de la pression sanguine je me servis d'un kymographe de Ludwig, et, pour enregistrer le rythme des mouvements respiratoires, d'un tambour de Marey. L'instrument d'Ellis ne fut pas jugé pratique dans cette circonstance.

La hauteur véritable de l'ordonnée de chaque point de la courbe

est toujours trouvée quand on multiplie par 2 celle qui est enregistrée par la pointe. On peut donc calculer la pression en tout temps. Parfois il est nécessaire de déterminer la pression sanguine moyenne. Celle-ci s'obtient directement par la recherche de l'ordonnée moyenne d'une portion de la courbe ou par la compensation des oscillations de pression au moyen du robinet d'un manomètre.

Quant à la représentation graphique du mouvement de la respiration, il convient de dire que je me suis abstenu de déterminer ce mouvement, car je n'attachais d'importance qu'au rythme. L'introduction des vapeurs anesthésiantes se fit par une canule, pourvue d'une ouverture latérale, introduite dans la trachée et reliée par un tube à un spiromètre équilibré rempli de vapeur de chlorure d'éthyle ou bien placée au moyen d'un entonnoir sur une coupe dans laquelle de la vapeur de chlorure d'éthyle s'évaporait. Un conduit mince branché sur ce tube conduisait dans le tambour de Marey qui enregistrait synchroniquement la courbe de la respiration sur celle du cœur. Bien qu'on puisse reconnaître l'influence de la respiration sur le mouvement du sang, c'est-à-dire ce qu'on appelle la période respiratoire, par la courbe de pression, il convient dans quelques cas d'avoir noté spécialement la respiration.

Ire Observation

On parvint à employer un spiromètre qui contenait 5 lit. 9 de vapeur de chlorure d'étyle. Ce spiromètre était relié par un tube à la canule de la trachée, et celle-ci communiquait avec l'atmosphère par une petite ouverture; un conduit branché sur ce tube était relié avec le tambour de Marey. L'air expiré était ainsi ramené dans le spiromètre, de telle sorte que le contenu de celui-ci s'élevait à 7 litres à la fin de l'expérience. Les petites contractions cardiaques que nous remarquions déjà au commencement de l'observation doivent être attribuées à la coagulation, circonstance qui ne nous empêcha pas de terminer l'expérience; nous eûmes toutefois, grâce à ce genre de compensation, la pression sanguine moyenne exactement enregistrée.

Le mouvement du cœur et la respiration demeuraient invariables au commencement de l'inhalation; au bout de trois minutes, le réflexe cornéen disparut; une minute après la respiration était spasmodique, ce qui se reconnaît à la marche précipitée de la pointe dans la courbe. Aussitôt que l'ouverture latérale dans la canule fut fermée, l'animal commença à respirer des vapeurs concentrées (mélangées toutefois à l'air exhalé), sa respiration devint convulsive (respiration faciale marquée); en même temps la pression sanguine moyenne augmenta notablement, pour diminuer ensuite peu à peu lors de la cessation de l'effet des vapeurs concentrées. De nouvelles expériences sur le rôle que jouent l'augmentation de l'action du cœur (augmentation de la

fréquence sans doute) et la contraction vasculaire dans l'augmentation de pression) sont faites en ce moment. Au bout de trente-neuf minutes d'anesthésie l'animal mourut. On lui donna à la fin des vapeurs concentrées pour amener la mort. En même temps que le mouvement respiratoire s'arrêtait, la pression sanguine diminuait rapidement. La respiration artificielle ramena un peu cette pression, mais ne put plus provoquer la respiration naturelle.

2e *Observation.*

Les vapeurs étaient conduites par un entonnoir, disposé sur une coupe de verre de telle sorte que l'air atmosphérique arrivait par une fente. Le chlorure d'éthyle était introduit par cette fente dans la coupe. Pas de changement notable pendant la respiration ; la courbe du cœur caractéristique pour le lapin présentait, après le commencement de l'inhalation, les particularités suivantes : les contractions cardiaques étaient plus distinctes, et tandis qu'auparavant on en comptait trois ou quatre entre deux inspirations. on n'en comptait plus qu'une seule maintenant, mais elle était bien forte. On pouvait constater aussi une excitation du nerf vague. En cinq minutes le réflexe cornéen avait disparu ; en 6 heures 1/2 il survint des convulsions musculaires, en même temps des contractions du cœur vigoureuses, très lentes, signe d'excitation du nerf vague.

Par la suite, l'anesthésie durant 25 minutes environ, la pression sanguine demeura à la même hauteur élevée ; la courbe de la pression présenta en outre des signes marqués d'agrandissement vasculaire. L'animal redevint immédiatement gai et ne fut mis à mort que dans une anesthésie subséquente au protoxyde d'azote entreprise comme comparaison.

Il ne fut pas fait de relevé des quantités employées pour l'anesthésie. J'ai noté jusqu'à présent une vingtaine de courbes de pression ; mais je me contente de citer celles de ces deux observations. Il se dégage ce qui suit de ces expériences *provisoires :*

1° Quand l'inhalation s'arrête immédiatement après la survenance des contractions musculaires et l'agrandissement des pupilles (signe précurseur de l'imminence de la paralysie médullaire), l'animal revient toujours à lui en se réveillant promptement ;

2° La courbe de la pression sanguine relevée lors de l'inhalation de vapeurs diluées témoigne un agrandissement vasculaire ; celle relevée lors de l'aspiration de vapeurs concentrées témoigne une augmentation de l'action cardiaque ou un rétrécissement des vaisseaux ;

3° Parfois on observe de l'opistotonus (il en a été remarqué deux fois également sur des patients) ;

4° Une anesthésie superficielle peut être entretenue pendant longtemps chez l'animal, avec des vapeurs suffisamment diluées, sans

inconvénient ; des vapeurs concentrées tuent en peu de temps par asphyxie.

On ne saurait affirmer, en raison du peu d'essai comparatifs qui ont été faits, si le chlorure d'éthyle est inférieur au protoxyde d'azote en ce qui concerne l'innocuité.

Il s'agissait de savoir en outre si pendant l'anesthésie au protoxyde il y a anémie ou hyperémie du cerveau. Les expériences ci-après ont permis de trancher la question.

La trépanation fut pratiquée sur deux animaux trachéotomisés et pourvus de canules, que nous désignerons par les noms de lapin 1 et lapin 2, à l'aide d'une anesthésie superficielle, et chez tous les deux on enleva des portions de crâne de même grosseur ; la dure-mère leur fut laissée toutefois. Nous pûmes constater sous l'influence de l'air un léger agrandissement vasculaire chez les deux animaux.

Après avoir calmé le lapin 1, nous pratiquâmes l'anesthésie profonde proprement dite au chlorure d'éthyle. A cet effet des vapeurs de cet agent furent amenées par la canule. Dans le champ visuel de la trépanation il y a deux vaisseaux parallèles qui sont observés à la loupe pendant cette opération, afin de les comparer à ceux de l'autre lapin qui n'était pas anesthésié tout en se trouvant dans les mêmes conditions. Au début, il sembla y avoir une légère pâleur, puis un agrandissement vasculaire net, quoique faible, qui persista jusqu'à la disparition du réflexe cornéen.

Alors le lapin 2 fut anesthésié ; l'examen des vaisseaux de son cerveau donna les résultats suivants: agrandissement au début, rétrécissement plus tard. Une autre preuve de cet agrandissement réside dans ce fait qu'on voit, après la production de l'anesthésie, les vaisseaux du cerveau les plus fins, qu'on n'avait pas remarqués auparavant, faire saillie.

Les observations thermométriques faites après la disparition du réflexe cornéen pendant l'anesthésie au chlorure d'éthyle dans le conduit auditif et le rectum, donnèrent une diminution de température (1°, 2 en moyenne) dans la tête, tandis que la température demeura la même dans le rectum. Ce fait concorde étonnamment avec ce qui a été constaté dans les vaisseaux du cerveau, où nous pûmes remarquer en pleine anesthésie, c'est-à-dire après la disparition du réflexe cornéen, un rétrécissement des vaisseaux, marchant de pair avec la diminution de température.

Il me reste à parler de nos expériences sur l'homme. Je me suis fait souvent anesthésier avec le chorure d'éthyle et j'ai constaté les sensations subjectives suivantes: d'abord engourdissement des membres, battement du cœur et du cou (signe de l'élargissement des vaisseaux), puis une sensation agréable d'un engourdissement général, pendant lequel les mouvements volontaires pouvaient être exécutés,

bien qu'avec effort ; puis perte de connaissance. Réveil prompt et sans douleurs consécutives.

La statistique de plus de 60 anesthésies a donné dans presque tous les cas de la rougeur, et la forte transpiration des patients s'explique par l'élargissement des artères superficielles. Dans l'anesthésie prolongée la rougeur artérielle fait place sans doute à de la pâleur. Nous avons prolongé l'anesthésie chez une patiente assise et observé pendant le réveil un léger collapsus, avec une pâleur surprenante du visage.

Pas d'altération notable du pouls et de la respiration ; l'accélération de la respiration survenue au début doit être attribuée à une excitation psychique.

Nous ne pûmes observer que rarement une véritable excitation, et encore était-ce cette excitation mentionnée par Ludwig, survenant de de 1 à 1 minute 1/2 après. Dans deux cas on constata de l'opistotonus. On n'observe que rarement des rêves, des mouvements différents et des cris. L'anesthésie fut obtenue dans tous les cas, sauf 2, entre 1/2 minute et 4 minutes ; elle dura de 1/2 à 4 minutes. La connaissance avait disparu la plupart du temps.

Dans trois cas, dont deux chez des enfants, il y eut des vomissements après l'anesthésie ; en général les anesthésies ne semblent pas avoir lieu aussi bien chez les enfants que chez les adultes. Il faut sans doute attribuer ce fait à la plus grande excitabilité des premiers.

Dans neuf cas, légère nausée après l'anesthésie, phénomènes qui disparaissaient d'ordinaire une ou deux minutes après.

Les anesthésies pratiquées par le professeur Billeter, par Ludwig et Brodtbeck et par nous, au nombre de deux cents, ont montré que le chlorure d'éthyle est pratique pour les opérations douloureuses de courte durée et qu'il n'a pas, du moins d'après les expériences faites, d'effets désagréables. En raison de ce chiffre même, il n'est naturellement pas possible de porter un jugement concluant sur son innocuité ; cependant je puis admettre que cet agent, avec son point d'ébullition peu élevé de 12° 5, présente a priori une absence de danger relative, comme aucun autre anesthésique, sauf le protoxyde d'azote gazéifié.

Un produit si volatil est éliminé aussi rapidement qu'il est pris et ne peut pas dès lors causer de changements aussi profonds dans les tissus que le chloroforme, par exemple.

Le chlorure d'éthyle possède dans tous les cas sur le protoxyde l'avantage d'une grande facilité de manipulation et d'un bas prix ; sur le bromure d'éthyle des avantages qui ne sont pas à dédaigner, comme l'absence d'excitation sexuelle observée parfois, et d'excitation générale, enfin l'air expiré est dépourvu de l'odeur d'ail. Si les cas de mort étaient moins nombreux — avec le bromure d'éthyle on en cite 21 — le bromure d'éthyle pourrait compter sur un rival dont l'introduction dans la chirurgie est également due aux dentistes.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an, } **dans 24 numéros.**
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. }

Adrian et Cie (*Ciment Idéal*), 11, rue de la Perle, PARIS.
C. Ash et fils (*Fournitures générales*), 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS.
Z. Bajus (*Editeur de musique*), AVESNES-LE-COMTE (Pas-de-Calais).
Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
Billard, L. Lemaire, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264,30.**
B Bourdallé (*Produits anesthésiques*), 127, boulevard Poissonnière, PARIS.
Comptoir international (*Fourn. gén.*), 55, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**
G.-H. Cornelsen (*Fournitures générales*), 16, rue Saint-Marc, PARIS.
J. Fanguet (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.
Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.
Gardenat (*Prothèse à façon*), 10, rue du Havre, PARIS.
Alfred Joliot (*Fournitures générales*), 193, rue Saint-Martin, PARIS.

TÉLÉPHONE 214-47 — **P.-A. Kœlliker et Cie** — *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes. — 58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin, PARIS. 45, rue de la République, LYON ; 18, allées de Tourny, BORDEAUX ; ZURICH. — GENÈVE.

Le Bœuf (*Coaltar saponiné*), BAYONNE.
L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**
A. Majesté et L. Bouchardeau, (*Impressions en tous genres*). — 70, boulevard Montparnasse, PARIS. CHATEAUROUX.
Mamelzer et fils (*Fournitures générales*), 55, rue Bichat, PARIS.
F. Marion (*Fournitures générales*), 87, boulevard Sébastopol, PARIS.
Moreau et Hersent (*Fournitures générales*), 77, rue Montmartre, PARIS.
P. Périé fils (*Fournitures générales*), 44, allée Lafayette, TOULOUSE.
B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

Reymond frères (*Fournitures générales.*) — 23, rue Le Peletier, PARIS. 44, place de la République, LYON. 14, rue de Stassart, BRUXELLES. 4, rue du Grütli, GENÈVE.

L. Richard-Chauvin et Cie (*Gutta*), 1, rue Blanche, PARIS.
Roch fils (*Fournitures générales*), 24, rue de Rome, MARSEILLE.
Victor Simon et Cie (*Fournitures générales*), 54, rue Lamartine, PARIS.
Société chimique des Usines du Rhône. — *Chlorure d'Ethyle. Or de Genève.* — 8, quai de Retz, LYON. 14, rue des Pyramides, PARIS.
Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.
F. Vigier (*Pharmacie*), 12, boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS.
Vinsonnaud (*Assurances contre les accidents*), 20, rue Scheffer, PARIS.
A. Wachonrue et A. Créange (*Fournitures générales*), 69, rue Montmartre, PARIS.



JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LA SEINE (9e ch.).

Présidence de M. PUGET.

Audience du 18 novembre 1898.

USURPATION DU TITRE DE DOCTEUR. — EXERCICE SOUS UN PSEUDONYME. — PRÉNOM.

Nous avons rapporté dans notre fascicule du 30 novembre 1898, p. 423, le jugement rendu dans une affaire du Syndicat des chirurgiens-dentistes contre M. Baumgartner, dit Dr Sylvestre. Nous publions aujourd'hui les observations qu'il a suggérées à notre collaborateur spécial.

Précisons bien les faits et les prétentions de chacun.

Deux ordres d'infractions à la loi de 1892 avaient été relevés contre B... dentiste à Paris. La première consistait à prétendre qu'en n'indiquant pas formellement la Faculté étrangère qui lui avait octroyé le diplôme de docteur, B... n'avait pas satisfait à la prescription de l'article 20 qui veut impérieusement que l'origine étrangère du titre de docteur soit manifestement indiquée sur les enseignes, prospectus, lettres, etc., servant à la publicité. La deuxième infraction provenait de ce que B... exploitait son cabinet sous le nom de S..., qui n'était que son prénom. Dans l'intérêt de B... on répondait, d'une part, que l'indication dans ses enseignes qu'il était « dentiste américain » laissait comprendre que son titre de docteur avait une origine étrangère et donnait satisfaction à l'art. 20 ; d'autre part, que le nom sous lequel B... exerçait étant son prénom, il n'avait pas encouru l'application de l'art. 9, § 4, qui vise l'exercice sous un pseudonyme.

Le tribunal a rendu sur les deux points la décision rapportée *suprà*, p. 423.

Sur le premier point, il est permis de dire que les travaux législatifs relatifs à l'article 20 semblent devoir conduire à une solution autre que celle adoptée par le Tribunal. « Il ne peut y avoir, dit M. Chevandier, rapporteur de la loi, de difficulté que sur le point de savoir ce qu'on entend par l'usurpation du titre de docteur. Voici comment il a pu être quelquefois usurpé. Il est arrivé souvent qu'un officier de santé, reçu docteur d'une Faculté étrangère, s'en est prévalu et qu'il a libellé ainsi ses cartes de visite : « Le docteur un Tel ». Il donne le change sur sa qualité réelle et fait croire qu'il est docteur d'une Faculté

française. Nous l'obligerons par la rédaction de l'article (art. 20) à dire quelle est l'origine du diplôme dont il se pare ». Le législateur a voulu que le docteur étranger ne se fît pas passer pour docteur d'une Faculté française et pour cela il lui a enjoint de déclarer sans ambiguïté l'origine étrangère de son *diplôme*. Voici, suivant nous, la formule correspondant à cette injonction : « *Le docteur un Tel, diplômé de la faculté de X*, ou bien : *un Tel, docteur diplômé de la faculté de N.* » D'une telle inscription, il n'y a rien à redire, car on perçoit immédiatement la relation qui existe entre le titre de docteur obtenu et la Faculté qui l'a délivré. Les deux facteurs prescrits par la loi s'y rencontrent : le titre et la Faculté.

Trouve-t-on ces deux facteurs dans l'enseigne incriminée ? La voici : Dr S..., dentiste américain ». Le titre y est, mais où est la désignation de la Faculté qui l'a octroyé ? Mais, objectera-t-on, dans une semblable matière il ne faut pas parler de termes sacramentels. Est-ce bien sûr ? Relisons donc le passage du rapport ci-dessus rapporté; les termes en sont impératifs, faut-il le rappeler ? « Nous l'obligerons (le docteur), par la rédaction de l'article 20, à dire quelle est l'origine du *diplôme* dont il se pare ». On veut une rédaction claire, non entortillée, on enjoint d'indiquer l'origine du diplôme. Admettons qu'on puisse employer des équivalents à la formule indiquée plus haut, il nous reste à examiner si ceux qui ont été soumis aux juges répressifs satisfont à la prescription de l'article 20. Ils étaient en présence de cette formule : « *Dr S... dentiste américain* ». Si nous raisonnons mathématiquement, la pensée des juges a été celle-ci : les mots « dentiste américain » égalent les suivants : « diplômé de la Faculté de ... ». Est-ce bien soutenable ? « L'emploi des mots « diplômé de la Faculté » est clair, précis, il laisse un sens exact, et de plus (et il ne faut pas l'oublier) il est voulu par la loi. L'esprit perçoit immédiatement et d'une manière limpide le rapport qui existe entre le titre de docteur et son origine ; on sent que l'indication de la Faculté est le complément nécessaire et explicatif du mot « docteur ». En est-il de même des mots « dentiste américain ». Cet assemblage de mots veut-il dire que le Dr S... est diplômé d'une Faculté américaine ? Là est la question. Les partisans de la désignation irréductible de la Faculté répondront : non. Ceux qui admettent des équivalents répondront également non. En effet, si l'enseigne portait ces mots « docteur américain », on pourrait à la rigueur les trouver suffisants ; mais c'est que nous y trouvons ceux-ci : « dentiste américain », ce qui est bien différent. Ce libellé veut dire pour toute personne non prévenue : Dr S., qui pratique la dentisterie *à l'américaine*, laissant ainsi supposer qu'il y a plusieurs méthodes de dentisterie opératoire, l'une à l'usage des Européens, l'autre à l'usage des Américains, et qu'aux yeux du docteur étranger sa méthode est bien supérieure puisqu'il

prend la peine de distinguer. Avec cette interprétation, cette distinction ne serait à coup sûr ni flatteuse ni courtoise pour nous ; mais c'est une façon d'appliquer et d'exploiter ce brocard « qu'on n'est pas prophète dans son pays ». Je ne serais pas étonné d'entendre dire et j'aimerais même entendre dire qu'on a rencontré aux États-Unis des dentistes se réclamant du titre de « *French dentist* », dentiste français. Ce serait notre petite vengeance, encore bien que la réputation des dentistes français pourrait être justifiée, car nous n'avons pas oublié que ce sont des dentistes français qui, à la suite des armées de Lafayette, ont importé en Amérique cet art alors nouveau pour les Américains.

Revenons donc à la question pour dire qu'une telle enseigne n'est pas suffisamment précise et que toute personne peut y donner la signification suivante : « Dr S... (docteur français), opérant à l'américaine ». Je ne sais s'il y a une manière spéciale d'opérer propre aux Américains, mais la distinction fait bien dans le tableau, car le public, et c'est lui que l'on vise, ne manquera pas de se dire : « Puisqu'ici on procède à l'américaine et qu'on s'en fait un titre de gloire en France c'est que le procédé doit être autrement étonnant que le nôtre ». N'est-ce pas là le sens à donner à une telle annonce ? Si tel est le sens, et nous ne croyons pas faire un procès de tendance en disant qu'il en est ainsi, peut-on dire raisonnablement que ces mots « dentiste américain » sont là pour indiquer l'origine étrangère du titre de docteur ; que le public est prévenu qu'il se trouve en présence d'un docteur étranger ? Non, assurément. Si donc, l'appellation « dentiste américain » éveille dans l'esprit tout autre sens que celui que réclame l'article 20, la conclusion logique à tirer de ce résultat, c'est que l'article 20 n'a pas été observé.

Terminons par un exemple qui va bien mettre en lumière le point à démontrer. Depuis 1892 ne sont admis à exercer l'art dentaire en France que ceux qui ont obtenu le diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste *délivré par le Gouvernement français* (art. 2). Les dentistes étrangers qui se parent du titre de docteur exercent chez nous, non parce qu'ils ont obtenu le titre de docteur dans leur pays, mais parce qu'ils bénéficient des dispositions transitoires de la loi de 1892, si toutefois ils étaient patentés antérieurement au 1er janvier 1892. Ce sont donc des dentistes transitoires, et nous pouvons entrevoir un temps où, en France, il n'y aura plus d'étrangers exerçant l'art dentaire, si ce n'est ceux qui auront conquis le titre de docteur ou de chirurgien-dentiste français. Cependant il sera loisible au chirurgien-dentiste français diplômé, obsédé par l'idée de se faire appeler « docteur », de passer l'océan Atlantique et de se rendre dans la libre Amérique, à Philadelphie, par exemple, pour convertir son diplôme de chirurgien-dentiste français en un vrai diplôme, sur

parchemin ou autrement, de docteur-dentiste, imitant en cela l'officier de santé qui, sous l'empire de la loi de l'an XI, allait en Allemagne, s'inscrivait comme candidat au doctorat à la faculté d'Iéna, et en revenait invariablement docteur. Que diriez-vous de l'enseigne, qu'il ne manquerait pas de mettre en vedette à son retour en France, ainsi conçue: «Docteur Lejeune, chirurgien-dentiste (c'est son droit), dentiste américain ? » Pourrait-on supposer, je vous le demande, que ces mots « dentiste américain » sont placés là pour satisfaire à l'art 20 de la loi du 30 nov. 1892, c'est-à-dire pour faire savoir que ledit Lejeune, ayant pleinement satisfait aux honorables examinateurs de la faculté de Philadelphie, a importé en France un titre exotique ? Ah ! s'il avait soin de mettre « diplômé américain », la question changerait de face. Cet exemple prouve que les mots « dentiste américain, American dentist » ne sont point des indications suffisantes pour bien marquer la distinction qui doit exister, de par la volonté du législateur français, entre le diplôme de docteur en médecine français et le diplômé étranger. Au minimum, faudrait-il se servir de l'expression diplôme américain, qui fait naître tout naturellement une association d'idées entre le titre de docteur et l'origine étrangère du diplôme. Mais, nous le répétons, mieux vaudrait encore spécifier le nom de la Faculté qui l'a délivré. Ex. : « D[r] S... diplômé de la Faculté de X. » Une telle suscription aurait tout au moins le mérite de rentrer dans le cadre de la formule employée par *M. Chevandier*, rapporteur de la loi de 1892. « Nous obligerons, a-t il dit, le docteur étranger à mettre ces mots : Docteur un Tel, de la Faculté d'Iéna, ou de toute autre Faculté étrangère». En agissant ainsi, la loi serait respectée.

Mais le point de droit que nous étudions peut encore être envisagé sous un autre aspect. Les mots « dentiste américain » indiquent suffisamment l'origine étrangère du titre de docteur, dit le jugement, d'où cette conséquence qu'il n'est point nécessaire de désigner le nom de la Faculté octroyante. A la rigueur on pourrait soutenir que ce considérant du jugement serait à l'abri de toute critique, si le titre de docteur était intrinsèquement le même en Amérique qu'il l'est chez nous. Or, ce titre en Amérique n'a pas une valeur invariable, tant s'en faut, et les Américains font leur petite distinction au moyen de lettres, j'allais dire de chiffres connus d'eux-mêmes. Première distinction: Diplôme médical et diplôme dentaire. Deuxième distinction plus spéciale : Diplôme de docteur en médecine dentaire délivré par les Universités D. M. D., et Docteur en chirurgie dentaire D. D. S. délivré par les Ecoles dentaires, dûment autorisées. Et encore prennent-ils eux-mêmes le soin d'indiquer le nom de l'Ecole dentaire quand ils ont intérêt à faire savoir qu'ils ne se sont pas adressés à une Ecole dentaire où la compétence n'est pas la seule raison déterminante d'investiture. Et il y en a, paraît-il ! Voyons, en rai-

son, si le législateur a exigé l'indication du nom d'Iéna, quand il prenait la fantaisie à un officier de santé de devenir docteur allemand, la justice ne doit-elle pas *a fortiori* imposer la même règle aux praticiens qui se réclament du titre de docteur américain, en présence de la valeur si différentielle du titre de docteur aux Etats-Unis ? Ce n'est pas à l'indication de la *nation étrangère* qui a délivré le diplôme que la loi oblige le docteur étranger qui pratique en France, c'est à la *désignation nominale de la Faculté* devant laquelle il a passé ses examens qu'elle l'astreint. C'est là le critérium légal. C'est aussi pour cela que nous disons, texte en mains, que le docteur d'Iéna ne satisferait point à la loi française en prenant le titre de « docteur allemand » simplement, parce que le titre trop concret de « docteur allemand » impliquerait qu'il a pupasser ses examens devant une Faculté allemande qui ne serait point la Faculté d'Iéna. Voilà encore pourquoi nous sommes fondé à soutenir que ces mots « dentisteaméricain » sont tout à fait insuffisants, puisque nous savons qu'il y a aux Etats-Unis docteurs etdocteurs,comme il y a fagots et fagots.

Sur le second point, nous avons peu de choses à dire ; les motifs du jugement sont très explicites et justifient pleinement la condamnation.

L'impersonnalité, l'anonymat, le masque, sont des formes d'exploitation louches, équivoques, tout au plus de mise lorsqu'il s'agit de l'exploitation d'un bazar. L'art de guérir réclame la personnalité, et les professions médicales ne se conçoivent d'ailleurs que nominatives. C'est qu'en effet il n'y a pas que la compétence qui s'attache à telle personne nommément désignée ; il y autre chose, il y a l'honorabilité, l'estime, la considération qui forme le patrimoine moral de l'homme de l'art. Cepatrimoine-là n'a rien de vénal, il est la résultante d'une vie de labeur et d'honneur. C'est pour ces raisons que la loi veut la personnalité. Or, comme la personnalité s'établit par le nom de famille, elle veut que ceux qui collaborent à la santé publique s'annoncent sous leur nom véritable, le nom de famille, qui constitue seul l'identité de la personne. Cette disposition de la loi honore grandement la profession, en ne permettant pas que des citoyens qui ont des raisons particulières pour ne pas livrer leur nom de famille à la publicité, puissent se cacher et continuer à exercer sous un pseudonyme. Les juges ont donc sainement apprécié la situation en décidant que l'emploi d'un prénom dissimule l'individualité d'une façon aussi complète qu'un véritable pseudonyme.

Emile ROGER,
Avocat à la Cour d'appel.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 **CABINET A CÉDER DE SUITE,** affaires 12.000 francs par an. Toutes facilités de payement. Ecrire Saillard, rue Carnot, Chalons-sur-Marne. (127-[2])

---

2 **OCCASION EXCEPTIONNELLE A CÉDER DE SUITE** en province un cabinet faisant 10 à 12.000 fr. d'affaires, installation d'eau chaude et d'eau froide — reprise du bail et 3.000 fr. — meubles et instruments à volonté au prix d'estimation.
S'adresser à XYZ aux soins de M. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (126-[2])

---

3 **A CÉDER** bon cabinet dans une sous-préfecture de l'Est : Loyer 400 fr. Recettes 10.000 fr. Prix 3.000 fr. S'adresser à M. Julien, à Lignières, par Villotte (Meuse). (124-[2])

---

4 **On demande** des **JEUNES MÉCANICIENS** ayant fait un très bon apprentissage. Se présenter de 11 heures à midi chez M. Platschick, 3, Rue Ventadour, Paris. (123-[2])

---

5 **UN CHIRURGIEN-DENTISTE,** D. E. D. P., désire acquérir dans un centre de la province un cabinet faisant de 20 à 30.000 fr. d'affaires. S'adresser à M. Papot, 67, rue St-Lazare, Paris. (120-[4])

---

6 **A CÉDER** dans le plus grand centre de l'*Ouest* un cabinet faisant 30,000 fr. Le successeur éventuel serait d'abord opérateur mécanicien pendant un, deux ou trois ans, à son gré, avant de traiter. Prix 50,000 fr., moitié comptant. Ecrire à Ouest, aux soins de M. Papot, 67, rue St-Lazare, Paris. (117-[8])

---

7 **UN DIPLOMÉ** de l'Ecole dentaire de Paris, *très bon opérateur*, parlant plusieurs langues, désire obtenir une place à Paris, ou de préférence en province. S'adresser à M. Christo, aux soins de M. Papot, 67, rue St-Lazare, Paris. (115-[7])

---

8 **A CÉDER**, *raison de santé*, Cabinet bien situé dans quartier d'avenir à Paris. — Long bail à volonté. — Loyer 1300 fr. net, recettes prouvées 10,000 fr. — Prix demandé avec beau mobilier et outillage : 12,000 fr. Ecrire aux initiales B. D., chez M. Papot, 67, rue St-Lazare, Paris. (114-[7])

---

9 **DOCTEUR EN MÉDECINE** demande emploi quelconque dans Ecole dentaire, clinique ou comme assistant d'un dentiste. — Conditions à débattre. Ecrire à M. E. Bonnard, 46, rue Lafayette, Paris. (105-[14])

---

10 **A vendre APRÈS DÉCÈS** cabinet dans une ville de l'Ardèche, conditions avantageuses. S'adresser à M. F. Gardenat, 10 rue du Hâvre. (130-[1])

---

11 **A CÉDER** pour cause de santé, dans une station d'hiver, un cabinet dentaire d'un rapport de 8 à 10.000 francs. *Conditions très avantageuses.* S'adresser à H. V. aux soins de M. Ed. Papot, 67, rue St-Lazare, Paris. (129-[1])

---

12 On demande un **OPÉRATEUR** très expérimenté sur l'aurification et le *crown and bridge work*, ainsi qu'un **CHEF DE PROTHESE** de premie. ordre, large rémunération. S'adresser, 15, rue du Pont-Neuf, Paris. (128-[1])



Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs et nous nous tenons à la disposition des divers GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désirent porter à la connaissance du public professionnel.*

UNE ÉCOLE DENTAIRE A LYON[1]

Lyon, 16 janvier 1899.

A M. le président de l'Association générale des dentistes de France.

Monsieur le président,

L'Association générale des dentistes de France rend des services à la profession, assurément ; mais elle pourrait en rendre de plus grands, si elle daignait jeter un coup d'œil scrutateur sur la province, où règne, de l'avis de tous, la pénurie la plus complète au point de vue de l'enseignement professionnel.

Nous ne reviendrons pas sur les votes émis au Congrès de Lyon à ce sujet, mais il est un point sur lequel nous voulons attirer l'attention du Comité directeur de l'Association et de tous les membres de la dite Association : le manque d'Écoles dentaires dans l'Est, l'Est-Centre et le Sud-Est de la France. De grands centres intellectuels y existent cependant. Nancy, Dijon, Besançon, Lyon, Grenoble, Marseille, possèdent, qui des Universités, qui des Écoles de médecine, susceptibles de donner l'enseignement médical complémentaire à tout étudiant-dentiste.

L'Association générale ne pourrait-elle pas mettre en branle toutes les bonnes volontés disséminées et encourager par son appui moral et financier le groupe de dentistes qui serait disposé à fonder une École dentaire dans une de ces villes ?

Quelle serait la ville la plus propice et qui réunirait les meilleures conditions pour l'enseignement à donner ? Nancy avec son Université est bien près de Paris ; Dijon, Grenoble et Besançon n'offrent que des Écoles de médecine, sans groupement suffisant de dentistes ; Marseille est sur la côte d'azur, un peu éloignée du centre de la France et de l'Est. Toutefois Marseille a des visées, paraît-il, d'enseignement

1. *L'Odontologie* salue la naissance de la nouvelle Ecole dentaire à Lyon, sur laquelle elle compte appeler l'attention de ses lecteurs dans son prochain numéro.

(Voir à la *Dernière heure* l'accueil fait par l'Association générale des dentistes de France et la profession à la proposition de création de cette Ecole).

N. D. L. R.

spécial, que nous ne serions pas fâchés de voir se réaliser, ne serait-ce que pour établir une comparaison entre l'enseignement officiel et l'enseignement dentaire libre. Il nous resterait donc Lyon, avec son Université et son groupement urbain et régional si important de dentistes.

Nous pensons que Lyon ne doit pas rester en retard sur Bordeaux et qu'il doit faire tous ses efforts pour arriver à former le troisième angle du triangle de l'enseignement dentaire en France. Mais, après les discussions et les votes qui ont eu lieu aux Congrès de Bordeaux en 1895 et de Lyon en 1898, on ne peut plus songer à constituer des Écoles dentaires autrement que sur des bases exclusivement philanthrophiques, professionnelles et d'initiative privée, telles que celles sur lesquelles a été fondée et fonctionne depuis vingt ans, on sait avec quel succès, l'École dentaire de Paris.

En conséquence et pour ces motifs, nous proposons la fondation à Lyon d'une société dite : *Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Lyon.* Nous proposons de prendre pour base les statuts de la Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris ; ces statuts ayant été adoptés par le Conseil d'Etat en 1892 pour la reconnaissance d'utilité publique nous mettent à l'abri de toute difficulté administrative. Quant aux voies et moyens, nous proposons encore de suivre les procédés employés par nos devanciers en 1879, qui leur ont si bien réussi, c'est-à-dire de faire un appel à tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, au simple public, etc., sous forme de souscription, dans les conditions prévues par les statuts indiqués plus haut, avec cette réserve : 1° *les souscriptions pourront être payées en cinq annuités ;* 2° le titre de *membre fondateur* sera décerné aux souscripteurs de 1899 souscrivant un minimum de cent francs. Enfin, en qualité de membres de l'Association générale des dentistes de France, nous demandons au Conseil d'administration de la dite Association de bien vouloir soumettre à l'approbation de la prochaine assemblée générale de janvier la résolution suivante, qui nous semble nécessaire pour mettre à exécution avec chance de succès le projet exposé ci-dessus :

L'Association générale des dentistes de France, réunie en assemblée générale, le 28 janvier 1898 :

1° Approuve le projet de fondation à Lyon de la *Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Lyon ;*

2° S'inscrit en tête de la souscription ouverte pour la réalisation de ce projet pour une somme de
répartie en cinq annuités, et décide que, pour la dite souscription, elle sera représentée dans le Comité d'organisation par son *Président* ou un de ses membres délégué par son Conseil de direction ;

3° Engage tous les membres de l'Association et particulièrement

ceux du Rhône et de la région circumambiante à donner leur appui au projet de fondation qui lui est proposé.

Nous sommes en la circonstance uniquement préoccupés de l'intérêt professionnel. L'un de nous, du reste, est arrivé à la fin de sa carrière professionnelle ; il serait heureux néanmoins s'il pouvait contribuer à doter sa profession d'un organe utile à son progrès, comme il a déjà essayé de le faire en participant à la fondation de l'Association des dentistes du Rhône et de la région.

Ont signé : les membres suivants de l'Association générale des dentistes de France résidant à Lyon :

Dr GUILLOT. HARWOOD. J. BONNARIC.
J. VICHOT. ANTOINE DURAND.

LE CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900

Nous lisons avec plaisir ce qui suit dans la *Dental Review* :

« Nous apprenons par des lettres particulières que l'organisation du Congrès dentaire de 1900 à Paris avance rapidement et que cette réunion sera au moins égale, sinon supérieure au Congrès de Chicago en 1893. Le comité nommé par l'Association dentaire nationale américaine va se réunir au commencement de cette année pour examiner les moyens d'assurer des communications de dentistes des Etats-Unis. »

CONGRÈS ODONTOLOGIQUE ESPAGNOL DE 1899

CERCLE ODONTOLOGIQUE
DE LA CATALOGNE
—
BARCELONE

11 décembre 1898.

Monsieur et honoré confrère,

En réponse à votre très honorée communication du 15 novembre, je vous informe que sous peu de jours je réunirai les membres du Cercle en assemblée générale extraordinaire pour traiter la question de notre Congrès odontologique espagnol, et ce jour-là je leur soumettrai la circulaire qui émane de votre Comité, et sans aucun doute, ils accueilleront bien la proposition que vous formulez.

Je puis vous annoncer la nouvelle que 6 ou 7 membres du Cercle se rendront à Paris au Congrès international.

Pour tout ce qui peut vous être utile, je me mets à la disposition de votre Comité et vous pouvez compter sur la Société que je préside pour tout ce qui dépend d'elle.

Votre tout dévoué,
XIFRA.

P. S. J'ai l'honneur de vous adresser une circulaire de notre Con-

grès national, afin que vous soyez informé de celui-ci, en vous priant d'aviser les membres de votre Comité de la tenue de ce Congrès et d'obtenir qu'une commission veuille bien nous honorer de son aide ; je crois que ce serait le moyen de vous attirer des adhérents au Congrès de Paris.

CIRCULAIRE

Le progrès scientifique dans toutes les branches des connaissances est un des caractères les plus frappants de notre siècle, et ce travail incessant en vue de la perfection se manifeste surtout dans les sciences médicales qui, avec l'aide de l'anesthésie, de l'antisepsie, de la micrographie, de l'histologie, de la sérothérapie, de la radiographie, etc., ont transformé presque complètement la face de la médecine moderne, en perfectionnant les moyens d'investigation, en facilitant le diagnostic et en étendant son influence vers la découverte de nouvelles vérités, aspiration légitime et constante de notre esprit.

Mais la science, bien qu'elle soit une dans son essence et provienne d'un seul tronc, se ramifie dans diverses directions en raison de ce que l'activité limitée de notre intelligence ne permet pas à l'homme de la posséder dans son entier. De là la nécessité de subdiviser et de spécialiser les sciences, suivant le but que chacune se propose d'atteindre.

Parmi ces spécialités, nous rencontrons l'odontologie qui, quoique humble dans ses origines, mérite de figurer au milieu d'elles à cause de la valeur scientifique qu'ont su lui donner des hommes aussi éminents que Fox, Bell, David, Andrieux, Magitot, Miller et tant d'autres qui ont fleuri dans notre siècle, lesquels, avec une ardeur et un enthousiasme qui n'ont jamais été suffisamment exaltés, ont donné une impulsion telle à l'étude de l'odontologie qu'on la considère aujourd'hui comme digne de fixer l'attention de tous ceux qui se livrent à l'étude des sciences médicales dans toutes leurs applications, aussi diverses que fécondes.

Depuis quelques années, toutes les nations civilisées, guidées par l'élan d'une noble émulation, ont favorisé ce mouvement scientifique odontologique, et dans notre pays lui-même, malgré les défauts invétérés de l'élément officiel, l'initiative privée a donné des preuves marquées qu'elle suit avec intérêt les progrès réalisés dans ce domaine et elle se préoccupe ardemment de la diffusion des théories et des applications de cette spécialité, ainsi que le témoigne le fait d'avoir organisé en avril dernier, à Madrid, le premier Congrès dentaire.

Dans cette assemblée il fut décidé que le 2e Congrès se tiendrait à Barcelone en 1899 ; cette décision fut accueillie avec un grand enthousiasme par le *Cercle odontologique de la Catalogne* et les autres confrères, tous convaincus de l'importance et des avantages que présentent ces tournois scientifiques, en raison des éléments de valeur qu'ils rassemblent, des résultats obtenus dans la pratique professionnelle et des idées et systèmes nouveaux et originaux qui y sont mis en discussion, afin d'en reconnaître la vraie valeur scientifique dans des débats nobles et pacifiques.

Le comité d'organisation de ce congrès fut composé de MM. Juan Xifra, président ; Ramon Bofill, vice-président et chef de clinique ; Jose Meifrein fils, trésorier ; Jose Boniquet, Salvador Calpe, Ricardo Costa, Amaro Pedra, membres ; Ramon Pons, secrétaire général ; Jose Alcantara, secrétaire-adjoint, qui ont l'honneur d'inviter tous les dentistes, médecins et pharmaciens d'Espagne à y prendre part et à apporter leur quote-part de connaissances dans le vaste domaine de l'odontologie, en étendant leur appel à tous les confrères étrangers pour qu'ils veuillent bien honorer de leur concours précieux les travaux de ce second Congrès espagnol, fixé aux 24, 25, 26 et 27 septembre prochain. Ce congrès comprendra des communications orales, des travaux pratiques dans les cliniques et une exposition de tout ce qui se rapporte à l'odontologie, où les installations, placées dans le même local, seront gratuites pour tous les exposants.

Afin d'augmenter l'intérêt de ce congrès, il y sera distribué diverses récompenses, parmi lesquelles nous pouvons mentionner les suivantes :

1° 1,000 pesetas en argent, offertes par *La Odontologia* de Cadix, au meilleur anesthésique local sans accidents locaux ni généraux.

2° Une médaille d'or offerte par la Revue *La moderna Estomatologia* à l'invention ou au perfectionnement le meilleur et le plus utile, applicable aux appareils prothétiques.

3° Un grand diplôme d'honneur du Cercle odontologique de Catalogne au meilleur mémoire sur la carie dentaire.

4° Le titre de membre honoraire de ce Cercle à quiconque présentera une matière obturatrice réunissant le mieux les conditions de dureté, de facilité d'introduction et d'harmonie de couleur.

L'envoi prématuré de cette circulaire provient du désir manifesté par tous ceux qui ont l'intention de prendre part au Congrès de pouvoir préparer leurs communications ; la Commission leur remettra le règlement, les listes d'adhésion, la liste définitive des prix, etc., et ils seront tenus au courant de tous les détails nécessaires par *La Moderna Estomatologia*, publiée à Barcelone et à Madrid, organe du Congrès projeté, *La Odontologia*, de Cadix, et la presse professionnelle, ou bien en s'adressant au Secrétaire général, D. R. Pons, Hospital 83, 1°, qui leur donnera toutes les indications qu'ils solliciteront.

Le président,
J. XIFRA.

Le Secrétaire,
R. PONS.

Barcelone, décembre 1898.

CONGRÈS DENTAIRE EN RUSSIE

Sur la recommandation du Ministre de l'Intérieur, l'Empereur de Russie a autorisé l'organisation du second Congrès dentaire russe, qui sera tenu à Saint-Pétersbourg du 10 au 15 juillet prochain.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne } **dans 24 numéros.**

ASSURANCES CONTRE LES ACCIDENTS.

Ecrire à **M. Vinsonnaud**, 20, rue Scheffer, PARIS.

FOURNITURES GÉNÉRALES.

C. Ash et fils, 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS.
Billard (**L. Lemaire successeur**), 4, passage Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264.30.**
Comptoir international, 55, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS. **TELEPHONE 214.53.**
G.-H. Cornelsen, 16, rue Saint-Marc, PARIS.
Vve Jules Friese, 3, rue de Londres, *près la Trinité*, PARIS.
Alfred Joliot (*à la Cloche*), 193, rue Saint-Martin, PARIS.

TÉLÉPHONE 214.47 — **P.-A. Kœlliker et Cie** — *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes. — 58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin, PARIS. 45, rue de la République, LYON ; 18, allées de Tourny, BORDEAUX ; ZURICH. — GENÈVE.

L. Mairlot, 24, place Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**
Mamelzer et fils, 55, rue Bichat, PARIS.
F. Marion, 87, boulevard Sébastopol, PARIS.
Moreau et Hersent, 77, rue Montmartre, PARIS.
P. Périé fils, 44, allée La Fayette, TOULOUSE.

Reymond frères — 22, rue Le Peletier, PARIS ; 44, place de la République, LYON ; 14, rue de Stassart, BRUXELLES. 4, rue du Grütli, GENÈVE.

Roch fils, 24, rue de Rome, MARSEILLE.
Victor Simon et Cie, 54, rue Lamartine, PARIS.
A. Wachonrue et A. Créange, 69, rue Montmartre, PARIS.

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Majesté et L. Bouchardeau, imprimeurs de *L'Odontologie*, à PARIS, 70, boul. Montparnasse, et à CHATEAUROUX.
J. Fanguet, fournisseur de l'*Ecole Dentaire*, 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

Ciment Idéal. **Adrian et Cie**, 11, rue de la Perle, PARIS.
Email Plastique. **Vve Jules Friese**, 3, rue de Londres, PARIS.
Gutta. **L. Richard-Chauvin et Cie**, 1, rue Blanche, PARIS.
Or de Genève. **Société chimique des Usines du Rhône**, LYON.
Ciment. **Telschow**, chez Mme Jourdain, 4, rue de Moscou, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

Anestile. **Dr Bengué**, 47, rue Blanche, PARIS.
Chloro-Méthyleur. **Bourdallé.** } **B. Bourdallé**, 127 faub. Poissonnière, PARIS.
Tube anesthésique. —
***Kélène**, Chlorure d'éthyle pur.* } 8, quai de Retz, LYON.
Société chimique des Usines du Rhône. } 14, rue des Pyramides, PARIS.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

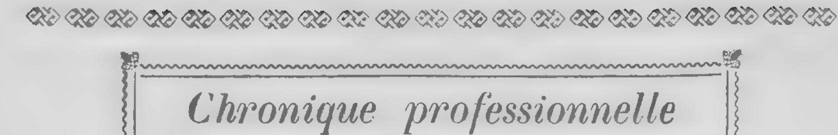
Le Bœuf (*Coaltar saponiné*), BAYONNE.
F. Vigier, 12, boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS.

PROTHÈSE A FAÇON.

Gardenat, 10, rue du Havre, PARIS.
B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES.

Syndicat Français, 131, boulevard de Sébastopol, PARIS.



Chronique professionnelle

Sous cette rubrique L'Odontologie *se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle. Toutefois le Comité de rédaction se réserve le droit de supprimer toute expression ou toute appréciation de nature à provoquer des polémiques personnelles.*

A PROPOS DES EXPERTISES

Comme suite à la question posée par M. Mahé dans *L'Odontologie* du 15 novembre 1898, un de nos excellents confrères de province nous adresse les renseignements suivants qui peuvent fixer un point de jurisprudence professionnelle.

M. le général T..., à G..., se présente chez MM. C... et fils pour leur réclamer des soins à l'occasion desquels il a reçu la note suivante :

1897. — Octobre	20. —	Traitement : destruction de la pulpe dentaire.	5	»
—	21. —	1er traitement d'une pyorrhée alvéolaire.....	5	»
—	22. —	Extraction de la pulpe dévitalisée, traitement des canaux..............................	5	»
—		2e Traitement de la pyorrhée alvéolaire.....	5	»
—	25. —	3e — — —	5	»
—	27. —	4e — — —	5	»
—	30. —	5e — — —	5	»
Novembre	10. —	6e — — —	5	»
Décembre	7. —	Plombage émail...........................	10	»
		Soit..........	50 fr.	

Le général T... ne consentant qu'à offrir la somme de 25 francs, l'affaire fut portée devant M. le juge de paix de G... qui la renvoya à l'expertise de notre confrère S..., lequel, dans son rapport, établit les conclusions suivantes :

Qu'il n'existe pas plus pour les dentistes que pour les médecins de tarif uniforme et que chacun d'eux apprécie comme il lui convient et en raison de sa notoriété les soins donnés. Si certains d'entre eux ont des prix inférieurs à ceux réclamés au général T..., d'autres les ont plus élevés. C'est donc aux clients à se renseigner préalablement, avant de choisir un opérateur, sur l'importance du chiffre des honoraires qu'il attribue à l'estimation de ses soins et de son temps ;

Que les honoraires réclamés n'avaient rien d'exagéré et en tous cas étaient absolument conformes à ceux indiqués sur les cartes de rendez-vous de MM. C... et fils ;

Que de plus l'examen des livres de comptabilité de ceux-ci prouve que les honoraires réclamés étaient bien les mêmes que ceux exigés de tous leurs clients ;

Qu'en conséquence, il y avait lieu de maintenir la note réclamée.

M. le juge de paix adoptant les conclusions de l'expert condamna le général T... au paiement intégral de la note de M M. C... et fils.

Nous ne pouvons qu'applaudir aux raisons judicieuses formulées par l'expert et nous pensons qu'elles peuvent servir de règle pour nos confrères chargés de faire des expertises dans des cas semblables.

ED. PAPOT.

Avis relatif au recouvrement des cotisations.

Les Membres de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris sont informés que les reçus de cotisation pour 1899 (1er *semestre*) seront présentés à domicile à partir du 10 février prochain.

M. le Trésorier leur serait reconnaissant de vouloir bien donner des instructions pour que, en cas d'absence, il soit fait bon accueil à la présentation de leur quittance.





Le prix d'un baiser

Jolie anecdote qui peint bien les mœurs anglo-saxonnes et qui fera crever de dépit ceux de nos lecteurs qui s'attendent à trouver du graveleux sous ce titre croustillant.

Il s'agissait d'une vente de charité au profit des hôpitaux de Londres et l'un des commissaires avait eu l'ingénieuse idée de mettre aux enchères un baiser. Celui-ci devait être donné au plus offrant par une charmante artiste, Miss Mabel Harlowe, aussi honorable que jolie.

Une première offre de deux livres fut conspuée ; un syndicat dont les membres devaient ensuite tirer au sort le gros lot — à propos de quoi ne fait-on pas des syndicats ? — offrit tout de suite cent livres. Un colonel, sir Edward Fortescue, mit une surenchère ; le syndicat lutta longuement, mais le colonel finit par rester adjudicataire du baiser à huit cents livres !

Vingt mille francs pour un baiser ! On n'est pas plus galant.

Mais attendez la fin. Comme la jolie actrice s'avançait un peu troublée, le colonel — il était vieux — s'inclina et lui dit :

Mademoiselle, veuillez m'excuser; je n'étais pas aux enchères pour mon compte, mais pour mon petit-fils, dont c'est aujourd'hui la fête.

Et ce disant, il lui présenta un gentil *boy* de sept à huit ans, que miss Mabel Harlowe embrassa de tout cœur.

(*J. de méd. de Paris*).

Prix Toirac

Au nombre des récompenses distribuées par l'Académie française le 18 novembre dernier, figurait le *prix Toirac* décerné à M. Jules Case pour sa pièce *La Vassale*, représentée en 1897 au Théâtre français.

Le fondateur de ce prix, Toirac, n'est autre qu'un de nos confrères, qui jouissait, il y a 30 ou 40 ans, d'une grande réputation de praticien et qui était le prédécesseur de MM. Dalain, Brasseur et de notre sympathique confrère M. Burt.

Toirac, qui était originaire de Pau, fréquentait beaucoup les gens de lettres et il était même poète à ses heures.

Rappelons qu'en 1890 ce prix fut décerné à Henri Lavedan, le

nouvel Académicien. On récompensait alors la pièce *Une famille*, jouée également à la Comédie-Française.

Ce prix est de la somme de 4000 francs.

Avis aux amateurs.

DERNIÈRE HEURE

L'appel adressé par nos confrères de Lyon à l'Association générale des dentistes de France a rencontré le meilleur accueil auprès du Conseil de direction de celle-ci d'abord, de l'Assemblée générale ensuite.

Après un simple échange d'observations qui a témoigné d'un accord parfait à cet égard et d'une vive sympathie pour le projet exposé, l'Assemblée générale a approuvé à l'unanimité moins deux voix les propositions qui lui étaient soumises par son Conseil de direction, savoir :

1° Appui moral à donner à la création d'une École dentaire libre à Lyon, sur les bases de l'École dentaire de Paris, par des membres de l'Association générale;

2° Appui financier consistant dans une subvention de 1.000 francs, à verser 500 francs comptant, 500 francs payables en 4 annuités de 125 francs chacune.

Première liste de souscriptions en faveur de la fondation de la Société de l'École et du dispensaire dentaires de Lyon[1].

Association générale des dentistes de France.		1.000 fr.
MM. Lecaudey,	Paris.	200 —
Godon,	—	200 —
Viau,	—	200 —
Richard-Chauvin,	—	100 —
Papot,	—	100 —
d'Argent,	—	100 —
Martinier,	—	100 —
Héïdé,	—	100 —
Meng,	—	100 —
de Marion,	—	100 —
Dr Roy,	—	100 —
Lemerle,	—	100 —
A Reporter		2.500 fr.

	Report.	2.500 fr.
MM. Audy,	Senlis.	100 —
Bastien,	Lyon.	100 —
E. Bonnaric,	—	100 —
J. id	—	100 —
A. Durand,	—	100 —
G.-F.-V. Guillot,	—	100 —
H.-F. Harwood,	—	100 —
F. Pilloy,		100 —
R. Ravet,	—	100 —
L.-D. Rouvier,	—	100 —
F. Vichot,	—	100 —
	Total.	3.600 fr.

---

1. Tout souscripteur inscrit pendant l'année 1899 pour une somme minimum de cent francs, payables en un ou cinq versements annuels, reçoit le titre de membre fondateur de la Société.

19e ANNÉE. N° 3 15 FÉVRIER 1899 IIe SÉRIE. VOL. VIII.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

Ce numéro contient 44 pages de texte, 4 figures et 3 planches tirées hors texte.

BULLETIN

LA NOUVELLE ÉCOLE DENTAIRE DE LYON

La conséquence logique des discussions qui ont eu lieu, au quatrième congrès dentaire national, au mois d'août 1898 sur l'enseignement professionnel, était la création d'une école dentaire à Lyon. Aussi les membres de l'Association générale des dentistes de France ont-ils été peu surpris lorsqu'à l'assemblée générale du 28 janvier dernier le bureau leur a soumis un projet de création d'école émanant du groupe de nos confrères lyonnais membres de l'Association et établi d'après les principes qui ont eu gain de cause à Lyon, c'est-à-dire l'initiative corporative et la philanthropie. L'appui moral et matériel que demandaient les fondateurs a été voté avec un grand enthousiasme et à la quasi-unanimité des membres présents. Il a bien été présenté quelques objections, et il y a lieu de s'en féliciter puisque cela a permis de les réfuter publiquement et a provoqué une discussion complète et intéressante du projet en question.

Il ne s'agit plus, en effet, actuellement de savoir s'il est utile ou non à la profession qu'il se crée des écoles dentaires en province. La conséquence obligatoire de la réglementation de l'art dentaire est la création d'écoles professionnelles pour préparer aux examens imposés par la loi, et l'on ne saurait prétendre qu'il faut réserver à Paris le monopole de ces établissements d'enseignement sans commettre une injustice à l'égard de la province. C'est ce que veulent montrer les Parisiens en apportant leur obole à la souscription lyonnaise, comme le firent les provinciaux, il y a dix-huit ans, à l'appel des Parisiens.

La question qui pouvait se poser récemment encore était seulement de savoir si ces écoles devaient être créées par l'initiative officielle des pouvoirs publics (Etat, universités, départements ou communes) ou par l'initiative privée, et, dans ce dernier cas, si c'était par l'initiative de simples individualités ou par celle des groupements professionnels.

Or, comme le dit fort bien la pétition du Dr Guillot et de ses amis, les congrès régionaux de Bordeaux en 1895 et de Lyon en 1898 se sont prononcés très nettement sur ces questions. On y a établi les inconvé-

nients de l'initiative gouvernementale en matière d'enseignement dentaire et bien plus encore ceux de l'initiative de simples individualités qui peuvent n'être pas toujours guidées par l'intérêt général et on a conclu à l'initiative corporative telle qu'elle a été employée pour la fondation de la plupart des écoles anglaises et américaines, telle qu'elle a été employée pour la fondation de l'Ecole dentaire de Paris.

Le projet de nos confrères lyonnais est donc établi en conformité des désirs de la grande majorité du corps professionnel. Cela explique l'accueil enthousiaste qu'il a rencontré parmi les membres de l'Association générale des dentistes de France, accueil qui, nous l'espérons, sera le même de la part de tous les confrères qui recevront l'appel des organisateurs et aussi de la part du grand public et des divers représentants des pouvoirs publics. En effet, les représentants des pouvoirs publics, s'ils sont sollicités, ne peuvent refuser leurs encouragements et leur appui à une œuvre qui n'est que l'application de deux principes qu'ils cherchent chaque jour avec raison à développer davantage en France : l'esprit de mutualité et l'esprit d'initiative privée, en répétant aux citoyens : faites vos affaires vous-mêmes, l'Etat a déjà trop à faire.

Le grand public, qui compte dans la deuxième ville de France tant de personnes généreuses, à en juger par les fondations charitables dues aux contributions volontaires, *à commencer par les hôpitaux libres de Lyon, le grand public ne peut que s'intéresser à une œuvre purement philanthropique, qui a pour but, en créant un dispensaire dentaire gratuit, de donner aux pauvres des soins et un traitement plus complets que les simples extractions qu'on est réduit à leur faire dans les services hospitaliers.*

Enfin, ce serait faire injure au public professionnel que de supposer un instant que, pour des motifs d'ordre secondaire, il n'apportera pas à cette œuvre l'appui que la majorité des dentistes n'ont cessé de prêter aux écoles dentaires parisiennes. Les dentistes français ont enfin compris que c'est aux écoles dentaires qu'ils doivent le relèvement de leur profession, qu'elles ont été pour eux les meilleurs agents de leur émancipation et qu'elles constituent pour l'avenir leur meilleure sauvegarde. Aussi autour de la nouvelle école dentaire de Lyon doivent venir se grouper sans distinction tous ceux qui ont au cœur l'amour de leur profession, les anciens et les jeunes, les docteurs-dentistes, les chirurgiens-dentistes et les dentistes. Il faut que ce soit, en même temps qu'un centre d'enseignement et de progrès, un centre d'union professionnelle.

Allons, dentistes de France, à l'aide pour l'Ecole dentaire libre de Lyon et que ceux d'entre vous qu'on a l'habitude de voir à la tête de la profession viennent concourir à la formation du Comité d'organisation, et au fonctionnement de la nouvelle société [1]

CH. GODON.

1. Nota : Les souscriptions peuvent être adressées à l'administrateur-gérant de *L'Odontologie*, M. Ed. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, à Paris, qui les transmettra au Comité d'initiative à Lyon (*voir page* 159).

Travaux Originaux

NOTE SUR LES RAPPORTS ANATOMIQUES EXISTANT CHEZ L'HOMME ENTRE L'ÉMAIL ET LE CÉMENT

Par M. Choquet

Chef du laboratoire de Bactériologie à l'Ecole Dentaire de Paris

(Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 3 janvier 1899)

Certains points d'anatomie dentaire, malgré les nombreux travaux publiés depuis trente ans, restent encore très obscurs. Parmi ceux-ci, on peut, à notre avis, placer au premier rang les relations anatomiques existant dans la dent de l'homme entre deux des tissus durs de la dent, c'est-à-dire entre l'émail et le cément.

Lors du premier congrès dentaire tenu à Bordeaux en 1895, en réponse à certains passages du travail d'un de nos confrères — le Dr Beltrami — (passages ayant justement trait à la question), j'avais émis une opinion contraire à celle de l'auteur, et mon opinion était que normalement c'est l'émail qui doit recouvrir le cément dans la dent de l'homme.

A l'appui de mon dire je présentais la coupe d'une dent que j'avais eu à extraire. Cette coupe, absolument typique, montrait d'une façon indéniable que l'émail était le plus externe des deux tissus qui nous occupent. Malgré un examen microscopique approfondi, examen par lequel on put se rendre compte que l'on ne se trouvait pas en présence d'une réfraction optique de nature à induire l'observateur en erreur, mon honorable confrère ne voulut pas admettre l'opinion que je soutenais. A celle-ci il répondit qu'elle était absolument erronée. A l'examen de la coupe, il trouva que la dent présentée était une dent anormale.

D'après lui, c'était *toujours* le cément qui recouvrait l'émail. Comme preuves, à l'appui de son dire, il demandait de lire attentivement les auteurs de traités d'anatomie qui, disait-il, étaient tous d'avis que c'était toujours le cément qui recouvrait l'émail, non seulement au collet de la dent, mais encore sur toute la couronne, où il prend alors le nom de cuticule de l'émail ou membrane de Nasmyth. De plus, ajoutait-il, comme preuve irréfutable, la théorie que l'on vous soumet va absolument à l'encontre de toutes les lois qui régissent la formation de la dent.

Depuis 1895 j'ai cherché à me rendre compte de quelle valeur pouvaient être les arguments de mon confrère et voici les résultats auxquels je suis arrivé.

J'ai commencé par compulser très attentivement la plupart des auteurs de traités d'anatomie et j'ai trouvé que, loin d'être aussi affirmatifs que le disait mon collègue, ils semblent plutôt indécis. Leur définition est plutôt vague qu'autre chose, et à part quelques très rares exceptions, pour ou contre, l'ensemble des opinions manque absolument de clarté et de précision. On le verra du reste plus loin.

Je ne citerai que les auteurs principaux, ne pouvant faire ici une bibliographie complète.

1° *Sappey.* — Le cément commence en couche extrêmement mince à la partie inférieure du collet, sur la limite de l'émail.

2° *Kölliker.* — Le cément commence à se montrer en couche fort mince à l'endroit où cesse l'émail, de sorte que les deux tissus arrivent simplement en contact. D'autres fois, cependant, il recouvre une légère portion de l'émail.

3° *Frey.* — Le cément commence à la limite de l'émail. Celui-ci possède sa plus petite épaisseur au collet de la dent, où il se sépare nettement du cément.

4° *Cruveilhier.* — Le cément s'étend jusqu'au collet ; quelquefois même il recouvre une petite portion de l'émail.

5° *Stricker.* — Le cément commence comme une fine couche sur la limite de l'émail.

6° *Bonneval.* — Le cément commence au collet par un bord aminci empiétant légèrement sur l'émail.

7° *Pouchet et Tourneux.* — Le cément couvre toute la racine jusqu'au bord de l'émail qu'il recouvre.

8° *Tomes.* — Le cément commence par un bord mince exactement au niveau du collet de la dent en recouvrant l'émail dans une petite étendue.

9° *Magitot.* — Le cément commençant au niveau du collet par un bord aminci qui se prolonge même sur l'émail, s'épaissit peu à peu.

10° *Bödecker.* — L'émail ne couvre que la couronne de la dent. Sa plus grande épaisseur est au sommet de la couronne ; puis, il va en diminuant insensiblement jusqu'au collet, où il est alors légèrement recouvert par le cément.

11° *Sewill.* — Le cément recouvre l'émail.

12°— *Decaudin.* — L'émail est recouvert par la cuticule, mais non par le cément.

13° *Gegenbaur.* — L'émail recouvre sous forme d'une calotte la partie da la couronne formée par la dentine. Le cément constitue à la limite de l'émail une couche très mince qui va en s'épaississant vers l'extrémité de la racine.

14° *Raillet.* — Le cément est une sorte de tissu osseux recouvrant la racine et pouvant même s'étendre sur la couronne, surtout dans les dents composées, dont elle comble les plis et les enfoncements.

15° *Chauveau.* — Le cément s'étale en couche non continue sur la face extérieure de l'émail et de l'ivoire [1].

On peut se rendre compte, par la liste d'ouvrages que je viens de citer, qu'il n'y a pas unanimité dans les opinions, tant s'en faut. Il y a très peu d'auteurs nettement affirmatifs pour dire que le cément recouvre l'émail, car, parmi ceux qui admettent cette théorie, la majorité, tout en l'admettant, fait des restrictions.

Ce vague dans les définitions données tient, à mon avis, à plusieurs causes.

1. Ces deux derniers auteurs ne se sont occupés que de la dentition des animaux.

1° Certains auteurs, pour ne pas dire la grande majorité, n'ont examiné qu'un très petit nombre de coupes.

2° Les dents ayant servi à faire les coupes provenaient de sujets différant sensiblement entre eux, soit par l'âge, soit par l'état général de la santé.

3° Les coupes examinées étaient probablement trop épaisses et le grossissement employé n'était pas suffisamment fort.

Comme nous le verrons plus loin, suivant que l'on aura à examiner une dent provenant d'un sujet jeune, d'un sujet âgé ou d'un arthritique, on se trouvera en présence d'un organe présentant non seulement des modifications notables, mais de véritables altérations pathologiques des tissus ou seulement d'un des tissus qui nous occupent.

J'ai tenu à avoir des pièces à l'appui pour le travail que je vous présente ce soir et, outre les photographies que j'ai faites spécialement, j'ai dressé le pourcentage de 29 coupes de dents humaines que j'ai tenu à préparer moi-même.

Voici les résultats auxquels je suis arrivé.

Sur 29 dents humaines, divisées en dents de sujets jeunes, sujets âgés et sujets arthritiques, j'ai trouvé que l'émail recouvrait le cément 8 fois, soit 27.5 o/o ; le cément recouvrait l'émail 7 fois, soit 24.15 o/o ; il y avait juxtaposition complète 19 fois, soit 65.5 o/o et enfin une solution de continuité 8 fois, soit 27.5 o/o.

Avant de donner les détails concernant ces dents, je m'empresse de dire que, sur ces 29 dents humaines, les unes ont été examinées (la section étant longitudinale) des deux côtés, tandis que d'autres ne l'ont été que d'un seul. Cette différence tient à ce que dans certains cas il y avait eu fracture de l'émail d'un des bords pendant l'usure de la coupe.

Si maintenant nous prenons le pourcentage suivant les sujets et pour les mêmes rapports anatomiques de l'émail et du cément, nous voyons que les résultats sont tout différents de ceux obtenus précédemment.

Ainsi pour l'émail recouvrant le cément, nous trouvons sur :

7 sujets jeunes..........	4 fois, soit 57.14 o/o
8 sujets âgés...........	1 fois, soit 12.5 o/o
14 arthritiques...........	3 fois, soit 21.42 o/o

Lorsque c'est le cément qui recouvre l'émail, nous obtenons pour:

7 sujets jeunes.........	o
8 sujets âgés...........	5 fois, soit 62.5 o/o
14 arthritiques..........	3 fois, soit 14.14 o/o

Pour la juxtaposition des deux tissus nous obtenons comme résultat, toujours pour les mêmes quantités.

4 fois, soit 57.14 o/o
3 fois, soit 37.5 o/o
12 fois, soit 85.71 o/o

Enfin, si nous nous occupons des solutions de continuité existant entre l'émail et le cément, solution de continuité laissant absolument la dentine *à nu*, nous obtenons :

Pour 7 sujets jeunes.......	1 fois, soit 14.2 o/o
8 sujets âgés........	3 fois, soit 37.5 o/o
14 arthritiques..... ..	4 fois, soit 28.5 o/o

J'ai voulu comparer la dent de l'homme avec la dent de différents animaux et j'ai obtenu comme résultats :

Chez le chien, sur un côté de la coupe, l'émail recouvrait le cément, tandis que sur l'autre les deux tissus se juxtaposaient.

Chez le chat, le cément recouvrait l'émail des deux côtés de la dent.

Chez un lémurien, espèce dont le systéme dentaire tient le milieu entre celui des carnivores et celui des insectivores, sur une coupe ne présentant que la moitié de la dent, il y a une véritable couche de cément coronaire en tout semblable au cément que l'on rencontre chez les ruminants.

Chez le lion, l'opossum, le renard, il y avait juxtaposition des deux côtés.

Enfin chez le chimpanzé, il y avait une solution de continuité des deux côtés.

Pour bien faire, il aurait certainement été bon d'avoir un chiffre rond d'observations, 50 ou 100 ; mais pour arriver à

conserver intégralement la couche d'émail qui est si mince au collet, il m'eût fallu faire au moins 250 sections de dents. J'ai donc préféré m'en tenir au nombre que je vous ai indiqué tout à l'heure, nombre permettant encore de faire un pourcentage sérieux.

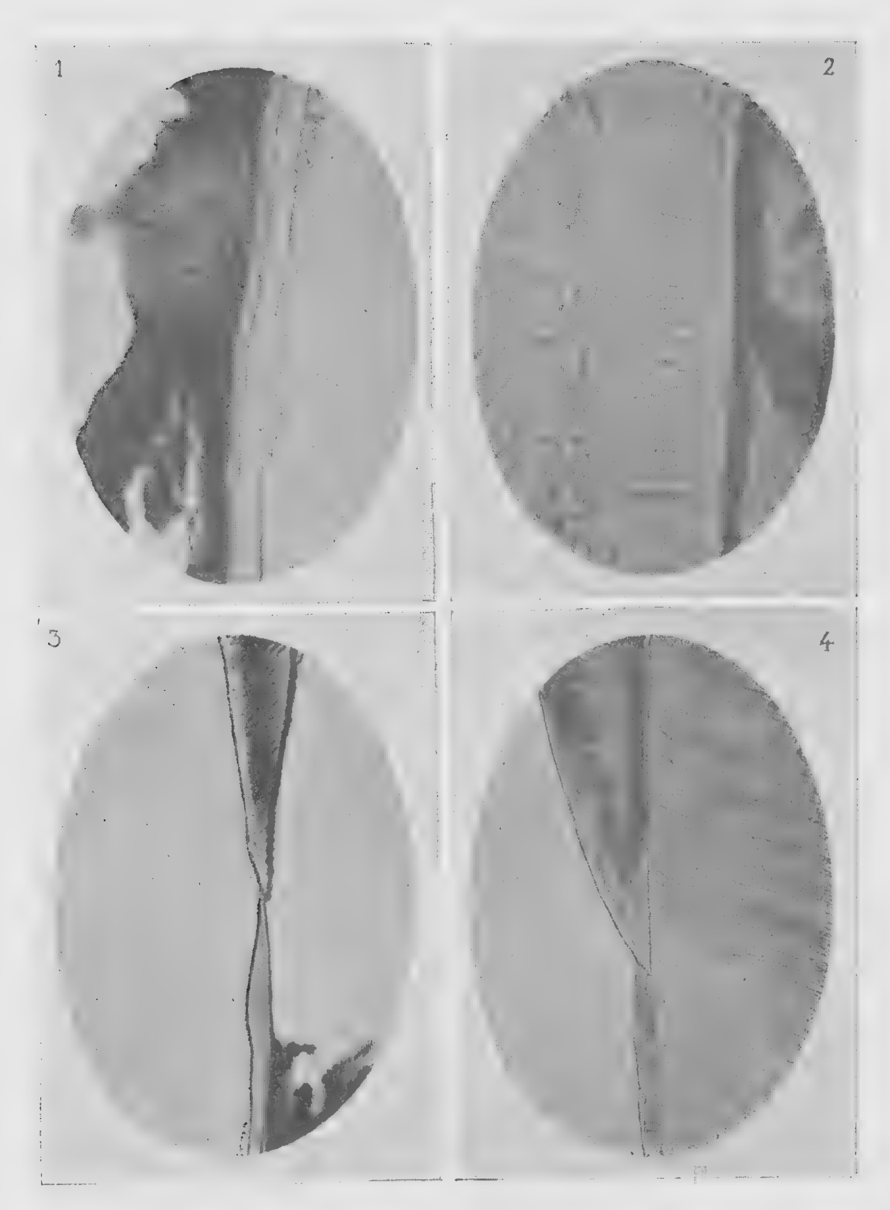
Nous prendrons séparément chacun des cas que je viens de vous signaler, savoir: le sujet jeune, le sujet âgé et l'arthritique; mais, auparavant, il nous va falloir faire une petite excursion dans le domaine de l'histologie dentaire et voir comment est composé le cément et en même temps ses relations avec les tissus qui l'environnent.

D'après la description donnée par Tomes, le cément serait formé d'une substance fondamentale calcifiée ou substance base, légèrement stratifiée, et de lacunes. Si l'on prend cette définition à la lettre, le cément serait donc exclusivement composé d'une seule couche de tissu, calcifié, couche présentant à la partie la plus voisine de la dentine des lacunes formant la couche granuleuse dont quelques-unes sont en rapport par leurs prolongements avec les terminaisons des canalicules dentinaires.

Prenons une dent de sujet jeune, une molaire de douze ans par exemple, et partageons-la en deux parties à la scie. Fixons-la immédiatement dans le formol. Lorsque nous jugeons la fixation complète, amincissons une des deux sections obtenues.

Quand nous estimons que nous sommes arrivés à obtenir une épaisseur double à peu près de l'épaisseur requise pour l'examen microscopique, procédons alors à la coloration de la coupe au moyen du picro-carmin de Ranvier, coloration que nous ferons suivre d'une surcoloration ou plutôt d'une imprégnation au chlorure d'or par la méthode qu'a préconisée Underwood et que je vous recommande. Une fois ces deux colorations achevées, montons la coupe et examinons-la, d'abord avec un faible grossissement, ensuite avec un grossissement de sept à huit cents fois. Que verrons nous? Nous verrons très distinctement si la coupe est suffisamment fine et si la coloration a été

Planche III.



1. Aspect du cément et du ligament. — On voit très distinctement les couches superposées.
2. Même préparation. — Aspect fibreux, réticulé, n'ayant pas encore été décrit.
3. L'émail recouvre le cément.
4. Le cément recouvre l'émail.

bien faite, en allant de l'intérieur à l'extérieur, c'est-à-dire de la dentine vers l'alvéole :

1° La substance même de la dentine parcourue par ses canalicules, qui viendront aboutir dans les lacunes de la couche granuleuse, qui semble plutôt faire partie de la dentine elle-même que du cément.

2° Immédiatement au-dessus de cette couche granuleuse un tissu homogène semblant, à un faible grossissement, avoir une direction perpendiculaire à la dentine.

3° Au-dessus de cette couche horizontale une couche elle-même perpendiculaire à celle-ci et ne présentant plus une substance homogène comme la précédente, mais présentant au contraire des stries parallèles entre elles.

Cette couche à l'état normal ne renferme guère d'éléments rappelant les ostéoblastes que vers le milieu de la dent ou vers la partie apicale. Il en est autrement dans les cas d'hypertrophie cémentaire, où l'on rencontre des cémentoblastes en beaucoup plus grand nombre. Mais ceux-ci diffèrent sensiblement des cémentoblastes normaux.

4° Une nouvelle couche encore perpendiculaire à la précédente, sans structure définissable, couche sur laquelle vient adhérer le ligament, comme on peut s'en rendre compte par les figures 1 et 2.

Cette structure se voit très nettement sur une section longitudinale, tandis que sur une section transversale elle est plus difficile à distinguer.

Comme on peut le voir, la structure du cément telle que je viens de la décrire diffère sensiblement de celle dont les auteurs donnent la description. Nulle part, sauf Magitot et Robin qui parlent d'une couche légèrement stratifiée, je ne l'ai trouvée ainsi définie et je tiens à en donner connaissance ce soir pour prendre date, me réservant de chercher à approfondir la question[1].

Cette structure qui vient d'être décrite existe non seule-

---

1. Le Dr Broomel, dans son travail présenté en mai 1898 à la Société Odontologique de New-York, travail très étudié, ne parle pas de cette structure du cément telle qu'elle vient d'être décrite.

ment au collet de la dent, mais sur toute la longueur de la racine. Elle ne commence à disparaître que vers l'apex.

Cela dit, voyons maintenant ce qui se passe dans l'examen microscopique d'une dent normale d'un sujet jeune, par rapport aux relations anatomiques de l'émail et du cément.

1re *hypothèse.* — L'émail recouvre le cément.

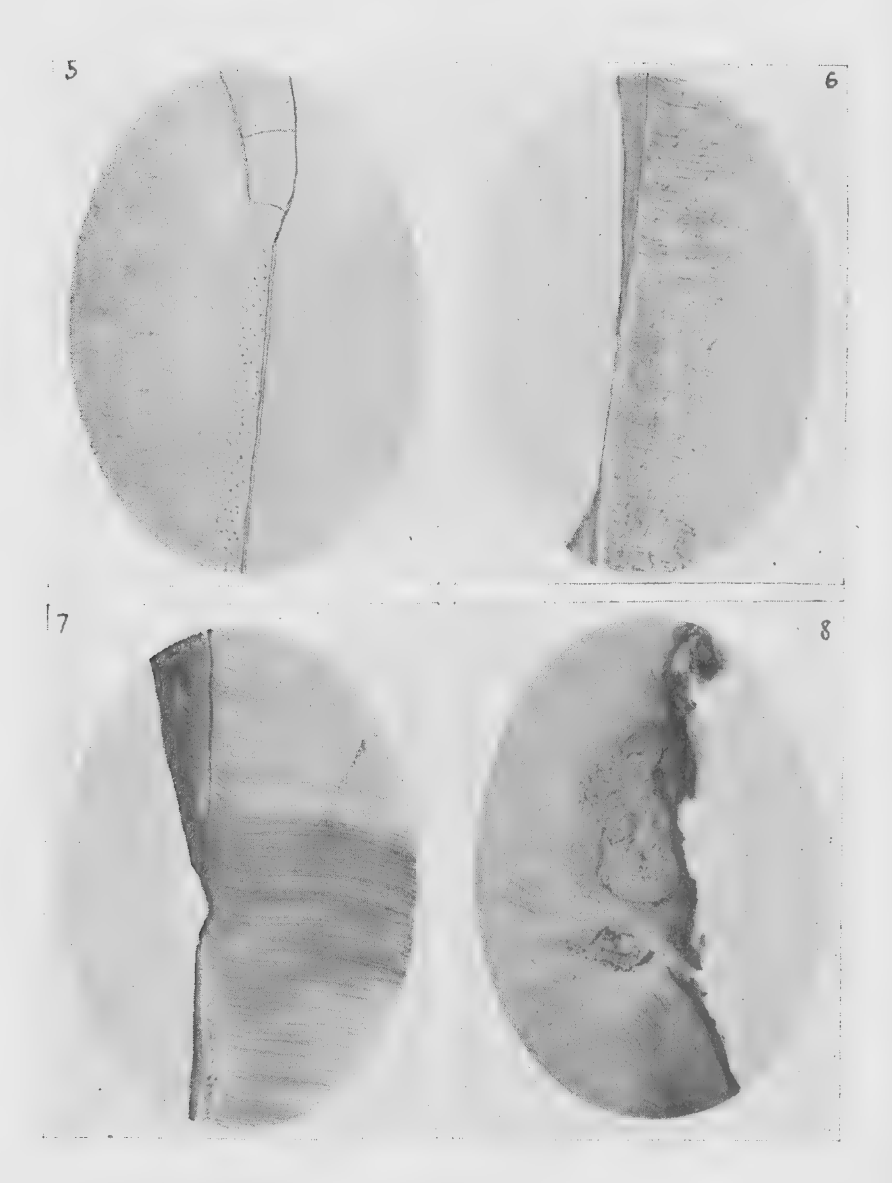
Nous voyons très distinctement nos trois couches cémentaires s'amincir, se mettre en pointe et venir s'insérer sous la terminaison du bord de l'émail. Tantôt nous trouverons la couche granuleuse se confondant pour ainsi dire avec la couche des espaces interglobulaires, surtout chez les dents manquant de calcification. D'autres fois, nous verrons cette couche granuleuse s'arrêter net au collet de la dent. D'autres fois encore nous ne la verrons commencer que 3, 4 ou 5 millimètres au-dessous de ce collet (fig. 3).

2e *hypothèse.* — Le cément recouvre l'émail. Ici notre zone granuleuse, si la dent est bien calcifiée, ira en s'amincissant insensiblement et, au lieu de continuer à suivre une ligne relativement droite, tendra à prendre la courbe suivant laquelle le cément viendra recouvrir plus ou moins nettement l'émail. Je n'ai jamais vu chez l'homme de dent présentant une couche de cément renfermant des cémentoblastes comme celle que Tomes a représentée dans son traité d'anatomie à la page 101. Dans la grande majorité des cas le cément recouvre très légèrement l'émail. Le cas le plus typique que j'ai vu est représenté (fig. 4). Pour peu que l'angle formé par le contact des deux tissus eût été un peu plus aigu d'un côté, un peu plus obtus de l'autre; il se serait produit ce qui se passe chez le porc (fig. 5): il y aurait eu simplement juxtaposition.

3e *hypothèse.* — D'autres fois le cément et l'émail s'amincissent tellement et d'une manière si uniforme qu'il est impossible de dire où l'un et l'autre commencent. Dans certains cas la zone granuleuse se continue avec la ligne des espaces interglobulaires de Czermarck (fig. 6).

4e *hypothèse.* — Il y a solution de continuité. Dans

PLANCHE IV.



5. Dent du porc. Juxtaposition des deux tissus.
6. Homme. Juxtaposition bout à bout de l'émail et du cément.
7. Solution de continuité entre l'émail et le cément. La dentine est à nu, ce qui est une cause fréquente de caries du collet.
8. Impossibilité de définir les rapports existant entre l'émail et le cément.

certains cas, par suite d'un défaut de structure, les deux tissus qui nous occupent ne viennent plus du tout en contact. Il y a entre eux un véritable vide, une véritable lacune formée par de la dentine. C'est un point faible ouvert à la carie du collet (fig. 7).

5[e] *hypothèse.* — Il est impossible de définir quelles relations existent entre l'émail et le cément. On peut s'en rendre compte par la fig. 8 mieux que par une définition.

Nous ne ferons pas de classification spéciale pour le sujet âgé ; nous examinerons tout de suite ce qui se passe chez l'arthritique ou chez le sujet ayant perdu ses dents par pyorrhée alvéolaire. La plupart du temps nous ne nous trouverons plus en présence de deux tissus bien nets, bien définis, comme nous l'avons vu chez le sujet jeune.

Dans la grande majorité des cas nous ne distinguerons plus notre zone granuleuse. Bien mieux, nous aurons peine à apercevoir le cément. Si nous employons comme réactif colorant un réactif tel que la fuschine, sa présence nous sera démontrée par une zone de couleur tranchant avec le restant de la dent, c'est-à-dire avec la dentine, mais il nous sera impossible de distinguer aucun des caractères que nous avons décrits chez un sujet jeune. Dans certains cas, il semblerait qu'il y a eu ossification du ligament entourant la racine (fig. 9).

Enfin nous trouvons chez l'arthritique des solutions de continuité ayant des conséquences beaucoup plus graves que chez le sujet jeune, par suite de l'allongement de la dent et de la mise à nu de la dentine et du cément (fig. 10).

La carie du cément qui est heureusement rare n'a, à mon avis, d'autre cause prédisposante que cette solution de continuité. La dentine peut réagir contre l'invasion microbienne au moyen de matériaux apportés par les canalicules, matériaux désignés sous le nom de dentine secondaire, mais le cément semble être absolument inerte et ne pas posséder le pouvoir de réagir comme le fait la dentine.

D'après la statistique que je viens de vous soumettre, on pourrait me faire l'observation que la théorie que je soute-

nais en 1895 est aussi peu fondée que celle soutenue par mon collègue.

Je suis tout le premier à reconnaître que c'est vrai dans une certaine mesure, le pourcentage étant là pour le prouver ; mais, comme on peut s'en rendre compte par les photographies, si le cément recouvrant l'émail possède un pourcentage plus élevé que lorsque c'est l'inverse qui se produit, il faut aussi tenir compte que cette superposition du cément à l'émail est excessivement faible. Il n'existe guère qu'une portion infime de l'émail qui est recouverte, et la théorie disant que le cément se continue sur toute la surface adamantine de la couronne où il prend alors le nom de cuticule de l'émail est absolument fausse.

Il est aujourd'hui prouvé d'une façon précise, indiscutable, que cette cuticule de l'émail ou membrane de Nasmyth est d'origine purement épithéliale.

Il résulte en effet des recherches faites par le professeur Paul, présentées à la Société odontologique de Liverpool en novembre 1896, que cette membrane est composée de deux couches, dont la plus externe est formée de larges cellules épithéliales aplaties rappelant la forme des cellules pavimenteuses que l'on trouve dans la cavité buccale. Au-dessous de celles-ci se trouve une mince pellicule transparente portant l'empreinte de prismes hexagonaux résultant de la juxtaposition, de l'impression des prismes de l'émail.

Tomes, après examen des préparations que le professeur Paul lui avait soumises, s'est rallié entièrement à l'opinion de celui-ci.

Il n'y a donc pas moyen de confondre la cuticule de l'émail avec le cément coronaire que l'on rencontre dans les dents des ruminants, tels que le cheval, la vache (fig. 11) le mouton, le lémurien (fig. 12) et la théorie de mon collègue du congrès de Bordeaux, théorie disant que chez l'homme le cément se continue sur toute la couronne de la dent où il prend le nom de cuticule, est absolument erronée.

Voilà donc en ma faveur un point irréfutable. Envisageons maintenant la théorie que m'opposait mon

PLANCHE V.



9. Sujet arthritique. — Ossification du ligament.
10. Sujet arthritique. — Carie profonde du collet provenant du manque de rapport entre l'émail et le cément.
11. Dent de vache. — Cément coronaire.
12. Dent de lémurien. — Cément coronaire.

collègue, que mon assertion allait absolument à l'encontre de toutes les lois régissant la formation de la dent.

A ceci je répondrai que l'on ne peut faire l'embryologie compléte du follicule ; que, quant à ce qui a trait au développement du cément, tissu qui, à notre avis, est le seul qui soit discutable ce soir, les recherches de Bodecker et Heitzmann sur le développement de celui-ci ont duré huit ans et que ces recherches ne leur ont rien prouvé. Le cément semble ne se développer qu'après la naissance et lorsqu'il y a calcification complète de la dentine et de l'émail. Maintenant, à quelle époque commence-t-il à apparaître ? Voilà ce qu'il reste à élucider. De tout cela, il découle très nettement que mon assertion n'allait pas à l'encontre des lois présidant à la formation du follicule, puisque l'on ne sait rien concernant l'origine et le développement du cément.

Pour en finir, nous pouvons poser les conclusions suivantes :

1° Chez l'homme les rapports anatomiques de l'émail et du cément varient suivant les sujets, suivant l'état général de ceux-ci et suivant la structure des dents.

2° Le cément ne recouvre pas la couronne comme cela se produit chez les ruminants ; c'est la cuticule seule qui forme la portion tout à fait externe de la couronne.

3° Cette cuticule est d'origine purement épithéliale.

4° Le cément possède chez les sujets jeunes une structure particulière qui n'a pas encore été décrite, si ce n'est très vaguement par Robin et Magitot.

5° Il y a un point à élucider, c'est de savoir exactement comment se forme le cément et à quelle époque il apparaît.

6° Sur une section longitudinale de dent on peut, à l'examen microscopique, trouver, sur un des côtés, l'émail, recouvrant le cément, ou le cément recouvrant l'émail, ou bien encore d'un côté les deux tissus arrivant bout à bout. En un mot, une dent peut présenter sur deux de ses faces des différences dans les rapports anatomiques de l'émail et du cémént.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1899

MM. **Lemerle**, *président*.
Dr Sauvez, *vice-président*.
L. Richard-Chauvin, *vice-présid*.

MM. **Choquet**, *secrétaire général*.
Jeay, *secrétaire des séances*.
Dr Pitsch, *secrétaire des séances*.

MM. **Meng**.
Touvet-Fanton. } *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey et Poinsot.**

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1899

BUREAU

M. **d'Argent**, *président*.

MM. **Richard-Chauvin**, *vice-président*.
Coignard, *vice-président*.
De Marion, *secrétaire général*.

MM. **Prével**, *secrétaire adjoint*.
Rollin, *trésorier*.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.**, **Poinsot**.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Billet**, **Claser**, **Godon**, **Lemerle**, **Dr Maire**, **Devoucoux**, **Martinier**, **Ed. Papot**, **Paulme**, **Stévenin**, **Viau**, I.

PROVINCE *(Nord-Est)*.

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. **Dr Martin** (Lyon), **Schwartz** (Nîmes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr), **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit** (A.), **Gardenat**, **Pillette**, **Wiesner**.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire* ; **Billet**, **De Marion**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin**.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie*.

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union* :
15 0/0 de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.



SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 6 décembre 1898.

Présidence de M. d'Argent, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. d'Argent. — Le procès-verbal de la dernière séance n'ayant pas encore été publié, nous ajournerons, suivant l'usage, à la prochaine réunion les observations auxquelles il pourrait donner lieu.

M. Martinier annonce que M. Godon, indisposé, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. d'Argent. — Avant d'aborder l'ordre du jour, je vous propose de vouloir bien écouter M. le Dr Bouchacourt, qui a une présentation à vous faire et qui nous donnera lecture, à la prochaine réunion, d'une communication développée sur le sujet qu'il va effleurer aujourd'hui.

I. — Présentation d'un tube de Crookes, par M. le Dr Bouchacourt.

M. le Dr Bouchacourt présente un tube de Crookes d'une forme spéciale, destiné à être introduit dans les cavités naturelles (vagin et rectum principalement). L'auteur a tenté de l'employer pour la bouche, mais il n'a pas encore obtenu des résultats bien satisfaisants. Il demande aux membres de la Société de vouloir bien lui fournir des indications sur la forme qu'il pourrait donner au tube de Crookes, de façon qu'on puisse l'employer commodément dans la cavité buccale.

Quelques membres proposent à M. le Dr Bouchacourt diverses modifications.

M. d'Argent. — Nous remercions M. le Dr Bouchacourt de sa présentation d'aujourd'hui, et par avance de la communication qu'il veut bien nous faire à la prochaine séance, et que nous écouterons avec plaisir.

II. — Arthrite alvéolo-dentaire et déviation dentaire consécutive par corps étranger dans l'articulation, par M. le Dr Frey.

M. Dr le Frey donne lecture d'une communication sur ce sujet.

(Voir Travaux originaux, page 7, n° du 15 janvier.)

DISCUSSION.

M. Josef Mendel. — M. Frey pourrait-il nous dire ce qu'il entend par périarthrite alvéolo-dentaire ?

M. le Dr Frey. — Sous la dénomination de périarthrite je comprends tous les phénomènes inflammatoires qui se passent autour de l'articulation, paroi alvéolaire, gencive.

M. Lemerle. — C'est un fait bien connu que les anneaux en caoutchouc peuvent provoquer des phénomènes inflammatoires capables de déterminer la chute d'une dent; certains dentistes emploient même ce procédé pour pratiquer l'extraction d'une dent temporaire chez les sujets pusillanimes.

M. le Dr Frey. — Je soupçonnais bien la présence du corps étranger, mais je n'en ai été certain que le jour où la fistule m'a permis de toucher le caoutchouc avec mon stylet.

M. Richard-Chauvin. — La raréfaction du tissu osseux s'étant produite à la face linguale, avez-vous constaté de la déviation ?

M. le Dr Frey. — Non.

M. Martinier. — Doit-on intervenir et quand doit-on le faire ? Quelle doit être l'intervention dans les cas douteux ?

M. le Dr Frey. — Il faut ouvrir largement l'articulation.

M. Martinier. — A condition d'être convaincu de la présence du corps étranger.

M. Ronnet. — J'estime que l'on doit intervenir même quand on n'est pas certain de la présence du corps étranger.

M. le Dr Frey. — Il n'y a d'ailleurs aucun inconvénient à ouvrir l'articulation dès l'instant que cette opération est faite aseptiquement; la réparation se fait très bien, par soudure osseuse.

M. Richard-Chauvin. — Vous avez émis l'hypothèse de polyarthrite alvéolo-dentaire, bien qu'on puisse difficilement y penser à cet âge; cependant mon ami Liskenne m'a adressé un jour un enfant de douze ans qui en était atteint.

M. le Dr Frey. — Dans mon cas il s'agissait d'une incisive.

M. Richard-Chauvin. — Dans le mien il y avait plusieurs dents.

M. le Dr Frey. — J'ai vu une molaire de lait atteinte d'arthrite chez une enfant rhumatisante. A la Société de Stomatologie, mes collègues, que j'ai consultés, ont tous été d'avis d'intervenir dans le cas dont je viens de vous rapporter l'observation.

M. de Marion. — Ce qui pouvait faire hésiter M. Frey à intervenir, c'est qu'il avait constaté de l'amélioration.

M. Martinier. — Il a été publié un cas analogue qui a déterminé la chute des dents.

M. d'Argent. — Il est bon de constater que M. Frey était dans une situation embarrassante. Ce qui pouvait aider au diagnostic de

l'affection en permettant d'éliminer la polyarthrite alvéolo-dentaire, c'est que le déchaussement était surtout accusé à la région palatine, ce qui, je crois, est rare dans cette affection.

Quant à la présence du corps étranger, il y avait certainement un doute dans l'esprit de M. Frey, et en présence de l'affirmation des parents, je comprends qu'il ait attendu avant d'intervenir, et chacun de nous aurait sans doute agi comme lui.

En terminant, j'adresserai des remerciements à M. Frey pour son intéressante observation.

III. — Des troubles trophiques bucco-dentaires chez les ataxiques, par M. Pont.

M. Pont donne lecture d'une communication sur ce sujet.

(*Voir Travaux originaux, page* 11, *n° du* 15 *janvier.*)

DISCUSSION.

M. le Dr Frey. — N'avez-vous jamais observé d'ulcérations de la muqueuse de la joue ?

M. Pont. — Je n'en ai jamais trouvé dans les cas que j'ai observés moi-même. Quant aux autres observations, elles sont en général très mal prises au point de vue des lésions buccales et dentaires.

M. le Dr Frey. — J'ai vu un malade, tabétique confirmé, qui ne présentait pas la chute de dents, mais était atteint d'une ulcération de la muqueuse de la joue sur la nature de laquelle on discutait beaucoup ; ce malade n'était pas syphilitique ; on porta le diagnostic d'ulcération par troubles trophiques.

M. Pont. — Dans les cas d'ulcération par troubles trophiques il y a toujours diminution de la sensibilité.

M. Viau. — On a parlé tout à l'heure d'un malade observé par M. Letulle ; j'ai examiné ce malade, que M. Letulle m'avait envoyé et sur lequel il me demandait mon avis. Il m'a semblé que les accidents buccaux qui s'étaient développés chez cet homme pouvaient parfaitement s'expliquer par la syphilis seule, dont il avait été atteint trente ans auparavant, et qu'il n'y avait pas lieu d'en rechercher la cause dans des troubles trophiques attribués au tabès. Je crois, d'ailleurs, et je suis heureux que M. Pont ait tout à l'heure exprimé la même opinion dans sa communication, que l'on a fait une trop grande part au tabès dans la production des lésions buccales, et que bien souvent les lésions survenues chez des tabétiques, anciens syphilitiques, sont tout simplement d'origine syphilitique.

M. Siffre. — Dans ses observations M. Pont insiste sur ce fait que les dents tombent sans hémorrhagie avec une pulpe intacte ; cela me semble étrange.

M. Pont. — En disant que la pulpe était intacte, j'ai seulement

voulu dire qu'elle n'était pas morte ; elle n'a certainement plus la même vitalité que chez un jeune sujet, mais elle est encore rougeâtre et ne dégage aucune mauvaise odeur; la chute de la dent n'est pas due à une carie, mais à un trouble trophique.

M. Siffre. — Avez-vous fait un examen microscopique ?

M. Pont. — Non, je n'ai fait que l'examen macroscopique, et j'ai remarqué que la pulpe était encore un peu rouge, mais elle n'avait certainement pas l'aspect qu'elle présente dans une dent saine.

M. Jeay. — Quand vous extrayez une dent chez un tabétique, examinez-vous la transparence de la racine ?

M. Pont. — Oui, et j'ai observé que la racine était en effet transparente.

M. Gross. — La gencive est-elle rouge ou pâle, au niveau des dents atteintes?

M. Pont. — Il y a deux catégories de tabétiques : ceux qui présentent de la pyorrhée et ceux qui n'en présentent pas. Les ataxiques sont souvent pyorrhéiques, mais quand ils ne le sont pas, la gencive est absolument saine au niveau des dents atteintes.

M. Gross. — Il est utile de constater ce fait, car, dans la pyorrhée, la gencive est rouge.

M. d'Argent. — Lorsque, sous l'influence du traitement, une amélioration se produit chez un ataxique, constate-t-on un arrêt des accidents bucco-dentaires ?

M. Pont. — Quand les dents sont très chancelantes, rien ne peut en empêcher la chute ; mais je crois que l'on peut, par un traitement bien dirigé, éviter le retour de nouveaux accidents bucco-dentaires. Cependant, je dois avouer que les ataxiques que j'ai observés étaient considérés comme incurables et que les améliorations obtenues dans leur état étaient assez rares.

M. d'Argent. — Je remercie M. Pont de son excellent travail, que nous serons heureux de publier dans notre journal, car il intéressera beaucoup nos lecteurs.

IV. — Des sinusites chroniques; leur traitement, par M. le Dr Mounier.

M. le Dr Mounier donne lecture d'une communication sur ce sujet. (*Voir Travaux originaux, page 75, n° du 30 janvier*).

DISCUSSION.

M. le Dr Frey. — La plaie se guérit-elle vite du côté des fosses nasales ?

M. le Dr Mounier. — Elle se guérit très vite, trop vite même, car

il est quelquefois difficile de retrouver l'orifice nasal trois semaines après l'opération.

M. le Dr Frey. — N'y a-t-il jamais à craindre d'infection secondaire par les fosses nasales ?

M. le Dr Mounier. — Non, à cause de la puissance microbicide du mucus nasal.

M. Richard-Chauvin. — Cette ouverture par les fosses nasales me préoccupait, ainsi que M. Frey. Avec les anciens procédés de traitement, lorsqu'on supposait la sinusite guérie, on retirait le drain sans s'inquiéter de l'orifice de communication établi entre la cavité buccale et le sinus, et très souvent on avait des infections secondaires. Dans les cas que j'ai eu l'occasion de traiter, lorsqu'il n'y avait plus aucune suppuration, je raccourcissais seulement mon drain, au lieu de le supprimer brusquement ; j'en diminuais progressivement la longueur dans les séances suivantes, de façon que l'orifice de communification se fermât de haut en bas, et, grâce à ce procédé, j'ai toujours eu des sinus bien fermés.

M. le Dr Mounier. — Dans le nouveau mode de traitement dont je viens de vous entretenir, il faut attacher une grande importance à ce qu'il ne reste pas la plus petite portion de muqueuse altérée, sous peine d'avoir une récidive certaine ; il faut donc explorer la cavité du sinus avec grand soin, s'assurer qu'il n'existe pas de diverticules, comme cela m'est arrivé dans une opération faite récemment : après avoir effondré la paroi antérieure d'un sinus, je découvris une toute petite cavité et ce n'est qu'après en avoir examiné minutieusement toute la surface que je soupçonnai la présence d'une seconde cavité plus grande, et c'est ce dont je m'aperçus, en effet, après avoir brisé une mince cloison osseuse ; il faut donc se défier de ces sinus cloisonnés.

M. Siffre. — Dans les cas de sinusites opérées, combien en avez-vous observé d'origine dentaire ?

M. le Dr Mounier. — Elles sont relativement rares.

M. Siffre. — Il ne faut pas d'ailleurs confondre les expressions sinusite et empyème, car ce n'est pas du tout la même chose.

M. Jeay. — Que pensez-vous de l'éclairage comme moyen de diagnostic de la sinusite ?

M. le Dr Mounier. — J'estime qu'il n'est pas suffisant.

M. Jeay. — J'ai, en effet, conduit dernièrement dans le service du Dr Lermoyez, un malade que je supposais atteint de sinusite ; l'interne pratiqua l'éclairage et déclara ne pouvoir rien affirmer.

M. le Dr Mounier. — C'est une simple vérification.

M. le Dr Frey. — Je crois d'autant mieux à l'insuffisance de l'éclairage dans le diagnostic des abcès du sinus que ce mode d'examen ne nous permet pas de les distinguer des faux abcès du sinus. J'ai eu

l'occasion d'examiner par ce procédé un homme qui était atteint d'un kyste occupant la cavité du sinus ; tout le côté correspondant était sombre, il y avait seulement une petite zone claire au-dessus du rebord orbitaire.

M. le Dr Mounier. — La présence de cette zone claire permet d'affirmer qu'il n'y a pas sinusite, car, dans ce cas, on ne doit pas voir le rebord de l'orbite.

M. le Dr Amoëdo. — Je ne crois pas que l'opération soit aussi inoffensive que le prétend le Dr Mounier. Il est des cas où les racines des molaires pénètrent dans le sinus : on pourra alors en curettant le fond du sinus sectionner les filets nerveux qui se rendent à ces dents, et il en résultera une mortification de la pulpe.

Je rappellerai en outre qu'une opération de ce genre eut une issue fatale.

M. le Dr Mounier. — Vous faites allusion à un cas de Luc ; mais il s'agissait d'une suppuration fronto-maxillaire. Le malade était gravement atteint et il est mort d'une méningite consécutive à l'abcès du sinus frontal.

Dans tous les autres cas opérés par la méthode que je viens d'exposer, le seul accident qu'on ait eu à enregistrer est un abcès de la face qui guérit par une simple incision.

M. d'Argent. — Pour résumer la question et éclaircir la discussion, je crois utile de rappeler que M. Mounier, dans son très remarquable travail, divise les sinusites en sinusites aiguës et en sinusites chroniques.

Les premières, qui peuvent être guéries assez rapidement par le traitement ordinaire, ne nécessitent pas la très sérieuse opération chirurgicale dont nous venons d'entendre les développements.

Les sinusites chroniques sont seules retenues par l'auteur de la communication ; eh bien ! je me permettrai d'attirer son attention sur la cause fréquente de cette chronicité, lorsque le malade n'a pas été dépourvu de soins.

A l'encontre de l'opinion émise par M. Mounier, les sinusites sont plus souvent développées par le voisinage d'une dent malade que par la propagation d'une inflammation ou d'une infection des voies nasales. C'est cette particularité qui a amené les dentistes à trouver le mode de traitement vraiment rationnel, consistant à drainer le sinus par la portion de cette cavité qui correspond à l'une des racines externes de la première molaire, en un mot par le sommet du cône renversé qu'affecte schématiquement l'antre d'Hygmore.

Je tenais à le rappeler, car ce mode de traitement est loin de devoir être abandonné ; mais quand il s'agit de sinusite réellement chronique, résistant aux lavages, il est certain que le dentiste invitera le malade à recourir au moyen suprême qui nous a été décrit ce soir.

Il faut toujours se méfier des sinusites chroniques et bien rechercher la cause de leur résistance au traitement. Plusieurs exemples m'ont démontré que le foyer infectieux était entretenu par la présence d'un bout de racine resté dans l'alvéole et qui n'est pas révélé par l'examen à la lampe. Dans ce cas, on a beau déterger, aucune amélioration ne se produit.

La radiographie s'imposera désormais en semblable circonstance.

M. d'Argent décrit trois cas de ce genre qu'il a observés et leur guérison après le retrait du fragment radiculaire dégagé à la suite de lavages antiseptiques au permanganate de soude.

Il remercie ensuite très vivement M. Mounier au nom de la Société.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le Secrétaire général,
D. E. MAIRE.

Séance du 3 janvier 1899.

PRÉSIDENCE de M. D'ARGENT, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

I. — PROCÈS-VERBAL

M. d'Argent. — Le procès-verbal de la séance de novembre a été publié ; quelqu'un a-t-il des observations à y faire ?

M. Amoëdo. — On a omis un point dans ce que j'ai dit.

M. d'Argent. — Notre secrétaire-rédacteur, qui ne donne qu'un compte rendu analytique, ne peut pas tout reproduire, et notre dévoué secrétaire général, M. le Dr Maire, qui est chargé de le réviser et de le corriger, ne peut pas se souvenir de tout ce qui a été dit. Des lacunes, du reste insignifiantes, peuvent se produire.

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. Amoëdo. — Le procès-verbal de la séance de décembre n'a pas été publié ?

M. d'Argent. — Pas encore.

M. Amoëdo. — Dans cette séance j'ai présenté au Dr Mounier des observations sur la section des nerfs dans le curettage du sinus et j'ai promis à l'assemblée de lui soumettre des sinus maxillaires : les voici, dans tous il y a des sillons et on voit les racines y pénétrer.

M. d'Argent. — Dans certains cas on voit la pointe des racines pénétrer dans le sinus, c'est vrai ; mais dans ce qu'il a dit, M. le Dr Mounier n'a pas eu l'intention de critiquer vos connaissances anatomiques et il a déclaré n'avoir pas observé de sinus de ce genre.

M. Amoëdo. — Les vaisseaux traversent certains sinus et leur section est certaine dans le curettage.

M. d'Argent. — Il y a beaucoup de sinus anormaux dans lesquels les filets nerveux ont leur passage ; l'objection de M. Amoëdo a donc son importance.

II. — Correspondance

M. d'Argent. — M. Sautier s'excuse par lettre de ne pouvoir assister à la séance.

Nous avons reçu de M. Léger-Dorez une lettre adressée à la *Société Odontologique de France*, 45 rue de La Tour-d'Auvergne, par laquelle il donne sa démission de membre de la Société ; cette lettre sera envoyée à la société de la rue de l'Abbaye à laquelle elle est probablement destinée.

III. — Un cas d'irrégularité dentaire.

M. Martinier. — J'ai reçu de M. Adolphe Hélot, de Brest, la lettre suivante, comme président de l'Association générale des dentiste de France.

« Monsieur le Président,

» J'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation de mes confrères de l'Association un cas d'irrégularité dentaire et de leur demander leur avis sur le moyen d'obvier à cette irrégularité.

« La jeune fille a 17 ans, ses molaires inférieures sont mauvaises et sont obturées.

« Je prie mes confrères de m'excuser de leur envoyer une articulation et un modèle aussi imparfaits ; mais la personne étant éloignée, je n'ai pu reprendre un second modèle. Il est suffisant pour l'avis que je sollicite et que je vous serai bien reconnaissant de demander en mon nom à mes collègues.

» Veuillez agréer, etc.

» Signé : Adolphe Hélot. »

Cette lettre était accompagnée de modèles d'une anomalie de disposition par rapports anormaux des arcades dentaires, accompagnée de nombreuses irrégularités dentaires. J'ai l'honneur de vous les soumettre (fig. 2, page suivante).

Bien que, pour ma part, je n'estime pas que l'état des fosses nasales puisse avoir une grande importance dans ce cas, au point de vue de l'étiologie, je crois qu'il serait bon de les faire examiner, ainsi que le pharynx, par un rhinologiste, pour savoir si l'on ne devra pas procéder à un curettage.

M. Heïdé. — C'est un cas très décourageant, dans lequel il n'y a pas grand'chose à faire.

M. Amoëdo. — Il faudrait voir les lèvres. Quelquefois, en sacrifiant les deux petites molaires, on peut régulariser la disposition des dents, mais cela est difficile. Je crois que dans le cas présent l'indication est bien nette : il faut employer l'appareil d'Angle.

M. Martinier. — Au point de vue de la face, l'esthétique est indiquée par la disposition des dents, et, quelle que soit la longueur de la lèvre, il faut remédier à la béance ; il faut sans aucun doute intervenir dès maintenant et extraire les premières prémolaires, mais je diffère d'avis avec M. Amoëdo sur l'appareil à employer.

M. Godon. — Nous sommes tous d'accord pour extraire les premières prémolaires ; mais il n'est pas absolument certain que, les dents une fois ramenées, la béance aura disparu. Dans tous les cas,



Fig. 2.

on aura remédié à une grande partie du défaut. Je suis partisan de l'extraction de la première prémolaire.

M. Bonnard. — Je préfère la deuxième.

M. Meng. — Selon moi, la première opération devrait consister à faire enlever les tumeurs adénoïdes.

M. Viau. — Il faut que le dentiste intervienne, et, à cet égard, l'avulsion des deux premières petites molaires me semble indiquée ; mais l'appareil d'Angle, avec point d'appui au sommet de la tête, ne me paraît pas nécessaire. Je crois qu'il serait préférable d'employer un appareil prenant point d'appui sur la voûte palatine et les dents postérieures, muni de deux tiges latérales supportant un caoutchouc qui exercerait sur les dents antérieures une pression d'avant en arrière. En tous cas il faut bien se garder d'élever l'articulation, ce qui aurait pour résultat d'augmenter la béance.

M. Martinier. — Au Congrès de Lyon, j'ai présenté un cas à peu

près analogue ; j'ai parfaitement obtenu l'occlusion des arcades dentaires et redressé les dents à l'aide de l'appareil que j'avais présenté au Congrès de Paris et que l'on pourrait employer ici. Il faut d'abord s'occuper de déterminer l'affaissement de la proéminence et, pour cela, reculer d'abord les canines et les incisives par une traction d'avant en arrière et de haut en bas.

M. Bonnard. — La ligne de tension doit être presque perpendiculaire à la direction des racines et former avec celle-ci un angle aigu.

M. Martinier. — Avec l'appareil d'Angle, la traction s'exercerait d'avant en arrière et de bas en haut, puisque le point d'appui est au sommet de la tête.

M. Amoëdo. — Comme cet appareil est muni de deux brides, dont l'inférieure passe au-dessous de l'oreille, il n'y a qu'à tendre davantage cette dernière. Je me sers beaucoup, pour ma part, de l'appareil d'Angle, avec lequel j'ai obtenu de très bons résultats.

M. Martinier. — On peut reprocher à cet appareil plusieurs inconvénients dont les deux principaux sont : 1° la difficulté de son application à cause de son effet disgracieux ; 2° l'absence de plaque pour la partie ultra buccale, de n'avoir pas de plaque, de sorte qu'en l'employant, vous avez une grande chance de déplacer les molaires.

M. Bonnard. — Si l'on avait recours à l'appareil d'Angle dans le cas actuel, il faudrait obliger la malade à le porter jour et nuit ; or, on fera difficilement consentir une jeune fille de 17 ans à porter une résille munie de brides passant sur les joues ; tout au plus pourrait-on obtenir cela d'un jeune enfant, un interne de lycée par exemple. Je crois donc qu'il est tout à fait inutile d'imposer un tel appareil à une jeune fille, quand on peut obtenir autrement un aussi bon résultat avec un appareil plus simple, celui de M. Martinier, par exemple.

M. Siffre. — J'estime que l'appareil Martinier conviendrait bien dans ce cas ; l'important est de savoir si les deux molaires, une fois enlevées, laisseront une place suffisante pour que les six dents antérieures puissent être ramenées en arrière et disposées d'une façon régulière : il suffit de prendre un compas pour s'assurer de ce fait.

M. Choquet. — A une séance ultérieure je présenterai deux cas de redressement analogues à celui-ci ; dans le premier il y avait un palais ogival, je n'ai pas fait d'extraction ; j'ai dû employer plusieurs appareils, et le redressement a duré 2 ans et demi, mais j'ai obtenu un très beau résultat : le palais est devenu rond. Dans le deuxième cas le malade était défiguré par une projection en avant très accentuée des dents antérieures : j'ai supprimé les deux premières petites molaires et j'ai obtenu un résultat beaucoup plus rapide.

M. Meng. — Nous avons tous fait de ces redressements et nous les avons réussis. Mais ces résultats se sont-ils maintenus ? Non, et on n'est parvenu qu'à ébranler les dents. J'ai, en ce qui me concerne,

revu des malades ainsi traités cinq ou six ans après le traitement et leurs dents étaient encore branlantes.

M. Touvet-Fanton. — Je crois que la discussion s'égare. Quel genre d'appareil faut-il choisir ? Voilà ce que nous demande notre confrère de Brest.

M. Martinier. — Le genre d'appareil importe peu, et chacun proposera le sien. Dans divers Congrès j'ai présenté des appareils pour des redressements analogues et démontré d'une manière indéniable que j'avais obtenu de bons résultats; mais d'autres appareils peuvent également en donner. Quant à prétendre que les dents redressées restent ébranlées, cela dépend de la façon dont le redressement a été conduit; il faut tenir compte du travail d'ostéite qui s'opère dans les maxillaires au moment où l'on agit sur les dents; il faut lui laisser le temps de s'accomplir et ne pas déplacer trop brusquement les dents à redresser ; il faut de plus, quand le résultat est obtenu, faire porter un appareil de maintien pendant un temps suffisamment long et c'est là surtout que l'hérédité a une importance considérable.

M. d'Argent. — Je crois que la discussion peut être close maintenant, en constatant que le redressement au sujet duquel M. Hélot nous a consultés est très faisable; avec un appareil de traction antéro-postérieure, après extraction des premières prémolaires, les dents peuvent être régularisées.

(Voir à la suite de ce procès-verbal, une note de M. le Dr A. Zentler D. D. S.).

IV. — Les rapports anatomiques de l'émail et du cément dans la dent de l'homme, par M. Choquet

M. Choquet donne lecture d'une communication sur ce sujet, en l'accompagnant de 50 projections lumineuses.

(Voir Travaux originaux page 115).

Discussion

M. Richard-Chauvin. — Quand il n'y a ni recouvrement ni juxtaposition, s'agit-il de cas normaux ou pathologiques ?

M. Choquet. — De cas pathologiques. J'ai eu à soigner un jeune malade qui avait besoin d'un redressement; j'ai sacrifié une petite molaire de chaque côté et dans chacune il y avait solution de continuité (le père était rhumatisant) : il y avait donc anomalie de structure. En cas d'ostéo-périostite il y aurait là une porte ouverte à l'invasion microbienne.

M. d'Argent. — Je remercie M. Choquet, au nom de la Société, de sa très intéressante communication. Il a dû faire beaucoup de recherches pour mettre au point une question aussi discutée; nous ne pouvons que l'engager à persévérer dans ces travaux qui lui ont créé une place remarquable parmi les histologistes.

V. — COMPTE-RENDU D'UNE SÉANCE DE DÉMONSTRATIONS PRATIQUES.

M. d'Argent. — Nous avons à vous rendre compte d'une séance de démonstrations pratiques dans laquelle MM. Choquet et Richard-Chauvin ont démontré divers procédés ; ce dernier notamment nous a fait une aurification avec l'or de Genève.

M. Richard-Chauvin donne lecture de la note suivante sur cette aurification.

Sur les instances de M. le Président de la Société d'Odontologie, j'ai fait le dimanche 17 décembre, à la Clinique de l'Ecole dentaire, une démonstration d'aurification par l'or de Genève dont j'ai l'honneur de vous donner le résultat.

Le sujet, M. X... 30 ans, ne présente rien de particulier au point de vue dentaire, à part quelques caries du second degré, sauf toutefois la première petite molaire supérieure gauche préparée pour la démonstration. Cette dent, atteinte de pulpite, a été traitée par M. Blatter, élève de troisième année qui l'a préparée de telle sorte qu'il n'y a plus qu'à procéder à l'aurification. La cavité est importante et nous estimons la quantité d'or qu'elle doit contenir à 4 à 5 feuilles environ. Pas d'espace entre la canine et la dent à obturer la cavité remonte très haut de sorte que la digue est assez difficile à placer. En somme, aurification difficile.

Commencée à 10 h. 55^{m}, elle a été terminée à 12.25, soit exactement 1 h. 1/2.

Nous avons estimé l'économie de temps à 3/4 d'heure au moins. L'opération a été conduite avec lenteur de manière à ce que la condensation de l'or ne laisse rien à désirer. Les assistants ont pu se convaincre que l'obturation ne présentait pas de point faible et que l'or très dur ne se laissait pas pénétrer par la pointe. Voici les observations que nous avons faites concernant la technique de cette opération.

L'or de Genève se travaille de la même façon que l'or de Trey. Ce sont les mêmes fouloirs qui servent pour la condensation.

Une modification heureuse a été apportée dans les manches qui sont plus gros et par conséquent mieux en main.

L'or est d'un grain très fin, il n'oblige pas aux mêmes précautions pour le recuit que les autres ors éponges ; on l'obtient en passant légèrement le morceau préparé d'avance au-dessus de la flamme de la lampe à alcool, ou de Bunsen. Dans les grosses cavités, les bandelettes peuvent, sans se briser, se replier en plusieurs doubles et y être introduites sans déchet ou à peu près. C'est là une preuve que cet or est plus malléable que les produits similaires. L'or introduit peut être immédiatement condensé avec un fouloir de grosseur appropriée ; il devient, après quelques foulées énergiques, très dur et brillant, ce qui est une preuve du degré satisfaisant de condensation. Les morceaux ajoutés ensuite adhèrent très bien sur cette surface brillante, et la masse totale a fort bon aspect.

Somme toute, pour résumer les qualités de cet or, disons qu'il est très adhésif, qu'il se condense facilement, qu'on obtient une masse homogène, dense, très dure, impénétrable à la pointe. Avec ces qualités on pourrait supposer que la forme d'or parfaite est trouvée. Nous formulerons quelques réserves à cet égard. Jusqu'à présent encore nous considérons l'or en feuilles, l'aurification classique en un mot, comme étant supérieure à toute autre. Les inconvénients suivants, très atténués du reste, que présente l'or de Genève, sont communs à tous les ors éponges ou cristallisés :

1° Il est moins dense que l'or en feuilles et, comme tous les ors adhésifs, durcissent au premier contact des instruments, pour obtenir une densité égale à celle de l'or en feuilles, il faudra le fouler plus soigneusement, plus énergiquement ;

2° Bien que s'effritant sensiblement moins que les préparations similaires il se coupe néanmoins et se pulvérise au niveau des bords de sorte qu'il faut une attention extrême pour que l'opération terminée ne présente pas de points faibles sur ces parties délicates, notamment aux bords cervicaux des caries.

Il faut donc dans la manipulation de cette substance, très précieuse d'ailleurs pour le praticien, procéder lentement.

Nous avons vu faire de l'or éponge avec une extrême rapidité. D'énormes cavités étaient littéralement bourrées en un temps très court, mais présentaient des porosités en divers points de l'obturation. En procédant ainsi on s'exposerait à des mécomptes que l'on peut éviter avec du soin et de la méthode. Gagner un tiers de temps est très raisonnable.

J'ajouterai, en ce qui me concerne, que je ne veux me prononcer d'une façon définitive qu'après avoir fait d'autres opérations semblables et surtout après avoir sérieusement essayé les aurifications après le polissage.

Sur le sujet dont nous vous parlons cela ne nous a pas été possible, attendu qu'il n'est même pas revenu faire polir l'aurification qui lui a été faite.

Discussion

M. Godon. — Ce sont surtout les bords qui laissent à désirer dans les aurifications faites avec l'or spongieux, et je crois qu'il serait bon de ne pas terminer l'aurification avec cet or préparé chimiquement, mais avec de l'or en feuilles.

M. Richard-Chauvin. — Si l'on employait des matrices avec l'or de Genève, on aurait une aurification absolument spongieuse.

M. Heïdé. — La plupart des opérateurs qui emploient l'or de Trey terminent leur aurification sur les bords avec l'or en feuilles de Herbst n° 60.

M. Richard-Chauvin. — Il est certain que l'on gagne du temps en employant l'or de Genève ; mais si l'on veut faire une aurification bien condensée, ne se laissant pas pénétrer sur les bords, il y faut passer un temps presque aussi long qu'avec l'or en feuilles.

M. d'Argent. — Ce qui a le plus nui à l'or de Trey, c'est la façon dont il a été présenté. Il semblait, quand on l'a introduit dans la profession, que tout le monde serait aurificateur, l'or s'employant désormais de la même manière que l'amalgame. Eh bien, il résulte de la démonstration de M. Richard-Chauvin que l'aurification avec l'or de Genève reste une opération très minutieuse. Quant à moi, je suis demeuré fidèle à la vieille méthode, en employant l'or de Wolrab ; à la condition d'avoir mes instruments sous la main et en quantité suffisante (c'est ainsi que j'emploie trois ou quatre maillets afin de n'avoir pas à changer continuellement les pointes), j'arrive à aurifier avec assez de rapidité. Je ne crois pas, en résumé, que les ors nouveaux présentent des avantages sérieux.

VI. — Rapport de M. le Dr Maire, secrétaire général

M. le Dr Maire donne lecture de ce document.

Messieurs,

Je dois aujourd'hui vous rendre compte des travaux accomplis dans notre Société pendant l'année qui vient de s'écouler.

Mais avant d'aborder ce sujet, je tiens à vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait en me confiant le poste de secrétaire général. Etant loin de m'attendre à cette nomination, j'y étais bien mal préparé et je me serais sans doute fort mal acquitté de mes nouvelles fonctions si je n'avais eu la ressource de recourir à l'aide obligeante de notre aimable président.

Vous n'avez certainement pas oublié les noms de ceux de mes confrères qui m'ont précédé à ce poste, et je ne pourrai me soustraire à une comparaison désavantageuse ; j'aurai du moins la consolante satisfaction d'avoir fait de mon mieux pour faire excuser mon manque d'expérience.

La prospérité de notre Société ne se ralentit pas ; le nombre et l'intérêt des communications faites cette année n'ont pas été moindres que pour les années précédentes ; en dehors de nos membres, nos collaborateurs habituels, plusieurs médecins étrangers à notre profession sont venus nous présenter des études fort intéressantes sur des sujets se rattachant à l'art dentaire ; c'est là une preuve indiscutable de la valeur scientifique que l'on reconnaît à notre Société.

Une telle prospérité créait de nouvelles obligations à votre bureau ; c'est pourquoi, dans le but de donner plus d'exactitude à nos procès-verbaux, nous avions adjoint à notre secrétaire-redacteur un sténographe, ce qui nous aurait permis de publier un compte-rendu in-extenso de nos séances. Cette tentative n'a pu être continuée, mais elle mérite d'être reprise, son seul inconvénient étant de donner un peu plus de travail à votre secrétaire-général, ce qui n'est pas pour l'effrayer.

Jetons maintenant un coup d'œil rapide sur les divers travaux de l'année.

Ce qui frappe tout d'abord quand on considère l'ensemble des procès-verbaux de nos réunions, c'est la large place qu'y a tenue l'anesthésie, qui a occupé à elle seule en communications et en discussions près de la moitié de nos séances. Il n'y a rien là de surprenant; depuis que la loi nous a conféré le droit de pratiquer l'anesthésie, nous nous sommes attachés à cette étude, et tout travail sur ce sujet ne pouvait manquer de nous intéresser au plus haut point.

M. Sauvez, dans son étude critique des meilleurs procédés d'anesthésie pour la chirurgie dentaire a bien présenté la question; il a terminé son rapport par des conclusions fort nettes qui ont soulevé une longue et intéressante discussion sur l'opportunité de l'anesthésie générale, les uns soutenant que l'on n'avait pas le droit de faire courir à un patient un danger de mort pour une opération aussi simple que l'extraction d'une ou de plusieurs dents, les autres, qu'il était des cas où l'anesthésie générale pouvait et même, parfois, devait être pratiquée.

M. Friteau, au cours de cette discussion, nous a donné lecture d'une note dans laquelle il examinait longuement la question et où il concluait à l'emploi du protoxyde d'azote pour les opérations courtes, de l'éther pour les interventions de plus longue durée, cet agent ne produisant pas de syncope primitive.

M. Roy, dans un travail très consciencieux intitulé: « Les contre-indications de l'anesthésie locale » a déterminé les cas dans lesquels, celle-ci ne pouvant être obtenue, il fallait laisser choisir au malade ou l'anesthésie générale ou la douleur.

Tous les membres de la Société, semble-t-il, ont approuvé les conclusions du savant travail du Dr Sauvez; mais la longue discussion dont il a été suivi nous est la preuve que, malgré les grands progrès réalisés en anesthésie générale ou locale, il nous reste encore beaucoup à faire.

M. Bonnard a entrepris des recherches dans ce sens et

il nous a fait une intéressante communication sur l'emploi de l'orthoforme et du chlorhydrate d'orthoforme en art dentaire. Après avoir, dans des expériences de laboratoire, déterminé la dose toxique de ces substances, il a pu, à l'aide d'injections hypodermiques d'une solution de chlorhydrate d'orthoforme, pratiquer des extractions sans douleur. Cette substance, moins toxique que la cocaïne, a l'inconvénient d'être acide et de donner lieu par cela même à des fluxions et à des eschares; mais M. Bonnard a déjà modifié sa solution primitive et, après de nouveaux perfectionnements, il arrivera sans doute à doter la chirurgie dentaire d'un précieux anesthésique local.

La clinique a donné matière à d'intéressantes observations.

M. Rollin nous a rapporté un cas de nécrose phosphorée, dans lequel il fait ressortir une fois de plus l'importance de l'aération des ateliers dans la fabrication des allumettes.

M. Frey nous a présenté dans notre dernière séance une observation sur un cas d'arthrite par corps étranger dans l'articulation. Il est inutile de faire remarquer la clarté, la précision, la méthode avec lesquelles ce court travail est exposé; aussi, ne pouvons-nous mieux faire que d'en recommander la lecture aux élèves qui nous demandent comment on doit prendre une observation.

MM. Lemerle et *Chauvin* nous ont fait une commmunication sur le cas d'un enfant présenté au congrès de Marseille, chez lequel on avait observé une absence presque complète de la dentition temporaire et de la dentition permanente ; ils ont relevé avec soin les diverses anomalies que l'on remarquait dans cette bouche et ont démontré la nécessité d'établir une nouvelle classification des anomalies dentaires.

D'autres communications ont été faites sur des sujets touchant de moins près à notre profession, mais ont été écoutées avec tout autant d'intérêt.

M. Sulzer nous a lu un remarquable travail sur les relations entre les maladies des dents et certaines affections oculaires; il nous a montré que les troubles oculaires d'ori-

gine dentaire étaient beaucoup plus fréquents qu'on ne le supposait généralement et a déterminé le mode d'intervention que l'on devait adopter suivant les cas. Nous devons remercier le Dr Sulzer de nous avoir éclairé sur cette question encore peu connue.

M. Pont nous a présenté une étude très complète des troubles trophiques bucco-dentaires chez les ataxiques. Il a apporté un appoint considérable à ce sujet, car il l'a appuyé de nombreuses observations personnelles.

Le *Dr Mounier* nous a exposé un nouveau traitement des sinusites chroniques. Nous savons tous combien ces affections étaient parfois rebelles; elles peuvent être aujourd'hui parfaitement et rapidement guéries par l'ouverture, le curettage complet et la fermeture immédiate de la cavité sinusienne.

Nous sommes reconnaissants au Dr Mounier de nous avoir indiqué ce nouveau procédé, que nous n'appliquerons pas nous-mêmes, mais que, le cas échéant, nous pourrons conseiller à nos malades.

Il faut également féliciter nos confrères MM. Algot-Ruhe, Amoëdo, Carlavan, Duvivier, Hamonet, Léger-Dorez, Mamelzer, Siffre et Touvet-Fanton d'avoir, par leurs communications ou leurs présentations, grandement contribué à l'intérêt et au succès de nos réunions.

Je dois encore vous parler des séances pratiques auxquelles vous avez été convoqués le dimanche ; je citerai dans l'ordre chronologique les démonstrations qui y ont été faites :

Obturation à l'émail fusible par *M. Léger-Dorez*; anesthésie locale à l'aide du coryl par *M. d'Argent* ; traitement rapide de la carie du troisième degré par *M. Touvet-Fanton*; extractions à l'aide de la cataphorèse par *M. Loup*; anesthésie au bromure d'éthyle par *M. Sauvez*; les dents sans plaques selon la méthode de Samsiœ par *M. Algot-Ruhe* ; emploi du chrysol par *M. Ott*; aurification à l'or de Genève par *M. Richard-Chauvin* ; nouvelle application de la cataphorèse par *M. Choquet*.

Vous avez dû remarquer que ces séances de démonstra-

tions pratiques avaient été plus nombreuses que les années précédentes ; j'espère qu'elles le deviendront encore davantage. Il serait à désirer, et c'est je crois l'opinion de notre président, que chaque communication théorique fût suivie, lorsqu'elle le comporterait, d'une démonstration pratique; n'est-ce pas là le meilleur moyen d'exposer clairement une méthode nouvelle et d'en faire apprécier la valeur ?

Notre Société, vous le voyez, ne cesse de progresser ; elle jouit aujourd'hui, dans le monde dentaire, d'une réputation méritée. Nous pouvons être fiers des résultats obtenus et nous préparer avec confiance à la grande manifestation scientifique que consacrera le Congrès international de 1900.

Vous allez, messieurs, procéder tout à l'heure au renouvellement de votre bureau ; je pense qu'il est utile qu'un nouveau secrétaire entre en fonctions, apportant peut-être des idées nouvelles. Je vous prierai donc de reporter vos suffrages sur un de mes confrères.

VII. — Renouvellement du bureau

M. d'Argent. — Je remercie la Société de l'honneur qu'elle m'a fait en m'appelant à diriger ses travaux. Parmi les diverses fonctions qui m'ont été confiées dans les différents groupements que nous formons, cette présidence occupera un des premiers rangs dans mon souvenir.

Vous avez à élire un bureau comprenant 1 président, 2 vice-présidents, 1 secrétaire général, 2 secrétaires des séances.

Il est procédé au scrutin, qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 24. Majorité absolue : 13.

Président :

MM. Lemerle 16 voix.
Dr Sauvez 5 —
Viau 2 —

Vice-présidents :

MM. Richard-Chauvin 15 voix
Dr Sauvez 14 —
Dr Maire 9 —
Dr Roy 3 —
Choquet 3 —
Lemerle 2 —

Secrétaire général :

MM. Choquet 8 voix.
Dr Maire 8 —

Secrétaires des séances

MM. Jeay 12 voix.
Dr Pitsch 9 —
Choquet 6 —
De Marion 5 —

M. d'Argent. — Par suite de ce vote M. Lemerle est élu président de la *Société d'Odontologie* ; MM. Richard-Chauvin et le Dr Sauvez sont élus vice-présidents. Il y a ballottage pour le secrétaire général et les secrétaires des séances.

Il est procédé à un 2e tour de scrutin, qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 18.

Secrétaire général : M. Choquet, 16 voix.

Secrétaire des séances : MM.	Jeay	10 voix.
	Dr Pitsch	10 —
	Dr Maire	4 —
	Dr Roy	4 —
	de Marion	3 —
	Touvet-Fanton	1 —

M. d'Argent. — M. Choquet est élu secrétaire général ; MM. Jeay et Dr Pitsch sont élus secrétaires des séances.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le Secrétaire général,
Dr E. Maire.

OPINION SUR UN CAS DE REDRESSEMENT

DISCUTÉ A LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

(Séance du 3 janvier 1899.)

Par M. le Dr Arthur Zentler, de Bucharest, D. D. S. de Philadelphie.

A la séance à laquelle j'ai eu l'honneur d'être invité, un membre de province a fait présenter les modèles d'un cas de protrusion supérieure chez une jeune fille de 17 ans, pour obtenir l'avis de la Société sur la meilleure manière de corriger l'irrégularité.

N'étant pas membre de la Société, j'ai pensé ne pas devoir intervenir dans la discussion ; mais je crois pouvoir, par la voie de « *L'Odontologie* », exprimer sur ce cas mon opinion, qui pourra peut-être être utile à l'auteur de la présentation.

Dans le cas présenté, ainsi que l'ont dit la grande majorité des membres de la Société, il faut sacrifier les premières bicuspides (prémolaires) de chaque côté, et, si l'espace ainsi obtenu n'est pas suffisant, on devra extraire une seconde bicuspide ou même les deux secondes bicuspides.

Quant à l'appareil à employer pour le redressement, tout en estimant que l'appareil indiqué par M. Martinier peut donner un résultat satisfaisant, il me paraît qu'en considérant les lois de la physique sur le rapport entre la force et la résistance dans les tractions antéro-

postérieures et leurs applications aux redressements des irrégularités dentaires, la force employée pour arriver à ce but, sans faire perdre *patience* au sujet, doit, dans la plus grande partie des cas, produire une hypertrophie, sinon une inflammation de la pulpe et du péricément, lésions qui peuvent devenir fatales aux dents sur lesquelles la force a été appliquée.

Il est évident que dans ce cas, comme dans tout autre état morbide produit accidentellement, l'énergie vitale de l'individu jouera un grand rôle, et que conséquemment *ce ne sera pas* dans chaque cas analogue, *sans exception*, que ces conséquences se reproduiront. Mais chaque fois qu'il en sera ainsi, et je peux affirmer avec grande confiance que ce sera bien souvent, l'opérateur ne s'en apercevra que trop tard, que s'il a l'occasion de voir le sujet après un laps de temps assez long. L'état morbide produit pourrait ne se manifester qu'après des années, par la décoloration de la dent suivie, à défaut d'intervention immédiate, d'un abcès apical fistulaire.

De plus, dans le cas présenté, il ne s'agit pas seulement d'une protrusion des dents antérieures elles-mêmes, mais aussi d'une protrusion partielle de la partie antérieure du maxillaire supérieur. Dans des cas pareils un appareil intra-buccal seul ne suffira jamais à produire la traction nécessaire et il faudra toujours appliquer une force avec la résistance extra- buccale, derrière la tête.

Donc, pour éviter ce risque, pour arriver au but assez rapidement en observant les lois de la physique, il serait nécessaire d'employer, *dans ce cas*, deux appareils différents, l'un porté pendant la nuit seulement, et l'autre pendant la journée pour conserver le résultat obtenu chaque nuit et aussi, en partie, pour contribuer au mouvement désiré.

L'appareil à porter la nuit a été employé pour la première fois par C. L. Goddard. D. D. S., professeur à l'Université de San Francisco en 1880, et a été construit par lui-même sur les principes d'un appareil plus compliqué du Dr Kingsley, servant au même but et mentionné comme le premier dans ce genre, pour redresser les irrégularités semblables, dès 1865. Je l'ai, en plusieurs occasions, vu en usage combiné avec celui qui se porte pendant la journée et j'ai suivi la marche du redressement, les résultats et le succès final.

Le second appareil est celui d'une pression antéro-postérieure du Dr Jackson.

Le premier appareil consiste en une forme en vulcanite embrassant et couvrant la surface labiale elle-même [1] et *autant que faire se peut la gencive*, ainsi qu'une partie de la surface linguale des dents

1. La partie soulignée est une modification apportée à l'appareil par l'auteur l'appareil original ne couvrant que la surface des dents.

antérieures (*voir figures 3 et 4*). De chaque côté de cette cape s'étend un bras en fil d'acier ou de maillechort tourné en crochet au bout ; ces bras peuvent être contournés de façon à suivre la forme des joues, tout en ne les touchant pas. Un capuchon, facile à construire par tout le monde, est destiné à être porté sur la tête ; il est terminé autour des parties supérieures des oreilles par deux bouts, l'un *supra*-aural, l'autre *infra*-aural, pourvus de crochets. Un élastique plat ou rond, de chaque côté, sert comme force de traction et est appliqué de la manière suivante : un nœud attache les élastiques aux crochets supérieurs de chaque côté du capuchon ; ensuite l'élastique est passé autour du crochet du bras correspondant de la cape en vulcanite et accroché au crochet inférieur du capu-

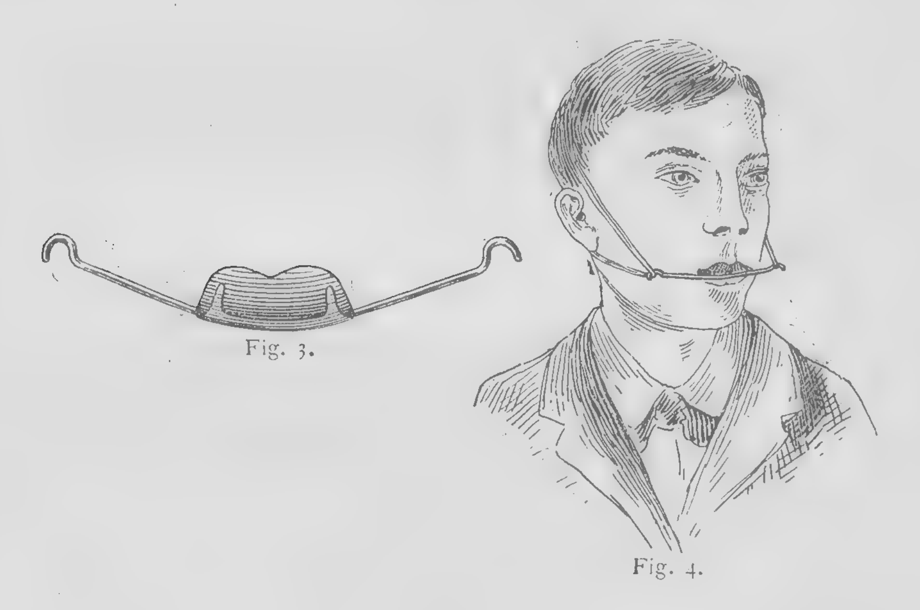


Fig. 3.

Fig. 4.

chon ; le tour est alors fait en sens inverse et en tournant chaque élastique autour des trois crochets. A quelques jours d'intervalle on augmente progressivement la force de traction.

Ainsi que cela a déjà été dit plus haut, cet appareil pourrait être porté pendant la nuit et aussi à tout autre moment où le patient n'aurait pas à s'inquiéter de son aspect.

Pour le reste du temps, un appareil, construit comme suit, répondra avec efficacité à toute nécessité *(voir figure 5)* : une pièce en vulcanite, pour le palais, embrasse les dents postérieures à leur collet lingual et laisse un espace de 25 millimètres de palais autour du collet des dents antérieures. Dans le caoutchouc on vulcanise de chaque côté un fil-ressort en acier, entourant la partie labiale des

dents antérieures, à partir des cuspides (canines) et dépassant de très peu la ligne médiane. La plaque en vulcanite est pourvue de crochets en métal, pour être bien fixe autour des dernières molaires

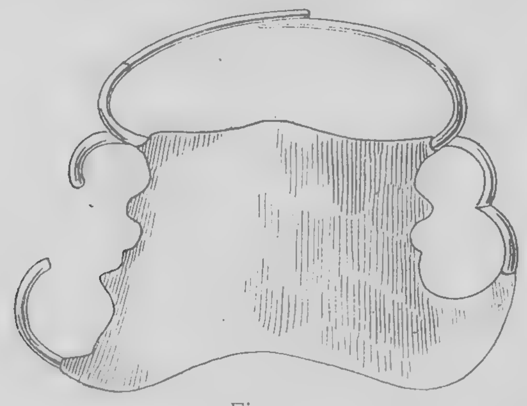
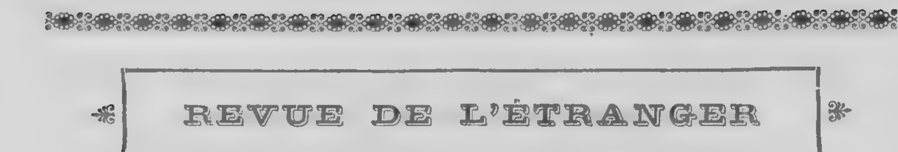


Fig. 5.

et des secondes bicuspides, ou bien des premières molaires, si les secondes bicuspides ont aussi été extraites.

Les dessins que j'ajoute pourront donner une idée plus précise de ces appareils ; ils sont extraits de l' « *American Text-Book of Operative-Dentistry* », édité par C. Kirk, D. D. S. de Philadelphie.



REVUE DE L'ÉTRANGER

Intoxication par le chloroforme.

Dernièrement un étudiant de l'École électrotechnique se présentait dans un cabinet dentaire de Saint-Pétersbourg pour se faire soigner une dent malade.

Le dentiste lui démontra qu'il avait non pas une dent, mais huit dents malades et qu'il faudrait les extraire toutes les huit, en employant le chloroforme.

L'étudiant consentit à subir l'opération, et on avulsa les huit dents; l'anesthésie dura 55 minutes.

On lui recommanda d'aller respirer le plus longtemps possible l'air et de réagir contre le sommeil. L'étudiant alla se promener dans les rues de la ville, mais ne pouvant plus résister à la fin, il rentra en voiture chez lui.

Des amis qui vinrent le visiter furent frappés de son aspect anormal ; il avait la figure brûlante, la respiration lourde, etc.

Ses amis essayèrent de le réveiller et envoyèrent chercher le médecin assistant du cabinet dentaire. Celui-ci les tranquillisa en leur disant que ces symptômes étaient fréquents après l'anesthésie au chloroforme et qu'il n'y avait pas lieu de s'inquiéter.

Les amis du malade ne se contentèrent point de cet avis et firent venir un autre médecin. Le second docteur constata une intoxication par le chloroforme et déclara la vie de l'étudiant en danger. On prit toutes les mesures nécessaires, mais il était trop tard.

L'étudiant expira au bout de trois jours.

G. P. Schleier, D. E. D. P.

LA STRUCTURE DES DENTS ET DE LA GENCIVE DANS LE DIABÈTE SUCRÉ

Par M. Schneider.

Dans un article sur la structure des dents et de la gencive dans le diabète sucré publié par la *Deutsche Monatsschrift*, M. Schneider arrive aux conclusions suivantes :

1° La maladie de la gencive est la plupart du temps un phénomène concomitant du diabète ;

2° Les glandes lymphatiques secrètent du sucre ;

3° La présence de l'acide lactique et de la carie qu'il provoque est un phénomène rare ;

4° La gingivite chronique conduit peu à peu à la pyorrhée alvéolaire et celle-ci à l'ébranlement des dents ;

5° Le sucre dans les liquides buccaux favorise la prolifération de nombreux microbes, et ceux-ci causent des phénomènes pathologiques ;

6° La résistance moindre des tissus facilite l'attaque des fongus qui mettent à profit la plus petite lésion pour leur invasion ;

7° Les phénomènes morbides de la cavité buccale s'atténuent à la suite d'un traitement heureux approprié au mal principal ;

8° La pyorrhée alvéolaire exige l'asepsie du foyer infecté ;

9° Les dents qui ne sont pas trop branlantes peuvent être reconsolidées peu à peu dans leur alvéole par un traitement convenable, surtout par une fixation *ad hoc* ;

10° Eviter les brosses à dents trop dures susceptibles de léser les gencives ; les lavages de bouche à fond sont nécessaires ; enfin toute réaction acide favorisant la prolifération des colonies de fongus doit être neutralisée par des bains de bouche convenables, par exemple au biborate de potasse.

LE COIFFAGE DE LA PULPE AVEC DE LA PATE AU FORMALDÉHYDE

Par M. le Dr Scheuer, de Teplitz.

Dans le numéro de janvier du *Vierteljahrsbericht für Zahnheilkunde* le Dr Bönnecken a publié sur les nouveaux traitements de la pulpe malade un article se terminant ainsi : « Le besoin de méthodes rendant inutiles l'extirpation de la pulpe et l'obturation des canaux, sans compromettre la guérison, se fait sentir impérieusement. »

M. Scheuer s'est préoccupé de cette question et il s'est livré à des essais avec de la pâte de formaldéhyde dans des tubes, qui lui ont donné d'excellents résultats. Cette pâte se compose de cocaïne, une partie de thymol, une partie de formaldéhyde, 10 gouttes (40 o/o), et d'oxyde de zinc. Il remplit de cette pâte la chambre pulpaire et place dessus l'obturation définitive, en opérant d'après la méthode du Dr Bönnecken. Ce procédé ne donne aucune réaction et tous ceux qui l'emploient en sont très satisfaits.

(Extrait du *Vierteljahrsbericht f. Zahnheilkunde.)*



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

Causas predisponentes de la caries dental en Colombia.

M. Felipe Gonzalez Camargo a présenté et soutenu dernièrement à la Faculté dentaire de Bogota (République de Colombie) une thèse sur les causes prédisposantes de la carie dentaire en Colombie, pour l'obtention du titre de docteur. Dans cette thèse de 40 pages — que l'auteur a bien voulu nous adresser — à la suite d'une introduction, se trouvent deux chapitres consacrés, le premier à des généralités sur les causes prédisposantes de la carie, le second à l'étude de ces causes en Colombie. Dans ce second chapitre, l'auteur s'attache successivement à la race, aux aliments, aux coutumes, à la crainte des opérations dentaires, au manque de propreté et à une pratique dentaire défectueuse, qui, suivant lui, contribuent puissamment à la production de la maladie.

Il arrive à cette conclusion que la carie dans la majorité des cas est due uniquement au manque de propreté de la denture, parce que, dit-il, les autres causes qu'on appelle prédisposantes devraient s'appeler causes excitantes de l'affection.

UN NOUVEAU JOURNAL.

Nous apprenons que le *Vierteljahrbericht über Zahnheilkunde*, revue trimestrielle, cesse de paraître, et est remplacé par la *Wiener zahnärztliche Monatsschrift*, qui est publiée une fois par mois par la maison Ash et fils, de Vienne, sous la direction du Dr Siegfried Ornstein.

Le journal *The American Dental Weekly* cesse de paraître.

Nous avons reçu les *Transactions of the American dental Association at the 37th annual session held at Old Point Comfort* (compte-rendu du 37e congrès annuel de l'Association dentaire américaine tenu à Old Point Comfort, Virginie).

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie.* **5** »).

L'administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

A VENDRE A PARIS : Cabinet fondé depuis plus de 10 ans, près d'une gare.
1 *Consultations 3 jours par semaine*, affaires de 5 à 7.000 fr. prouvés par compta-
bilité. Loyer 1.200 fr. Bail. Prix 6.000 fr. *Pourrait être réuni avec le cabinet suivant.*
Pour renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Ecole. (132-[1])

A VENDRE AUX ENVIRONS DE PARIS, ligne de l'*Est*, Cabinet fondé
depuis 9 ans, conviendrait à Dentiste pouvant disposer de *3 matinées par semaine*
2 (9 h. à midi). Affaires de 6 à 7.000 fr. prouvées par comptabilité. Loyer 200 fr.
Bail. Prix 7.000 fr. *Pourrait être réuni avec le cabinet ci-dessus.* Pour renseigne-
ments, s'adresser au secrétariat de l'Ecole. (132-[2])

On demande un **OPÉRATEUR** très expérimenté sur l'aurification et le *crown
3 and bridge work*, ainsi qu'un **CHEF DE PROTHESE** de premier ordre, large
rémunération. S'adresser, 15, rue du Pont-Neuf, Paris. (130-[2])

A CÉDER pour cause de santé, dans une station d'hiver, un cabinet dentaire
4 d'un rapport de 8 à 10.000 francs. *Conditions très avantageuses.* S'adresser à H. V.
aux soins de M. Ed. Papot, 67, rue St-Lazare, Paris. (129-[2])

A vendre APRÈS DÉCÈS cabinet dans une ville de l'Ardèche, condi-
5 tions avantageuses. S'adresser à M. F. Gardenat, 10 rue du Havre.
(128-[2])

CABINET A CÉDER DE SUITE, affaires 12.000 francs par an.
Toutes facilités de payement. Ecrire Saillard, rue Carnot, Châlons-sur-
6 Marne. (127-[3])

A CÉDER bon cabinet dans une sous-préfecture de l'Est : Loyer 400 fr.
Recettes 10.000 fr. Prix 3.000 fr. S'adresser à M. Julien, à Lignières, par
7 Villotte (Meuse). (124-[3])

On demande des **JEUNES MÉCANICIENS** ayant fait un très bon
apprentissage. Se présenter de 11 heures à midi chez M. Platschick,
8 3, Rue Ventadour, Paris. (123-[3])

UN CHIRURGIEN-DENTISTE, D. E. D. P., désire acquérir dans un
centre de la province un cabinet faisant de 20 à 30.000 fr. d'affaires.
9 S'adresser à M. Papot, 67, rue St-Lazare, Paris. (120-[5])

A CÉDER dans le plus grand centre de l'*Ouest* un cabinet faisant 30,000 fr. Le
successeur éventuel serait d'abord opérateur mecanicien pendant un, deux ou
10 trois ans, à son gré, avant de traiter. Prix 50.000 fr., moitié comptant. Ecrire à
Ouest, aux soins de M. Papot, 67, rue St-Lazare, Paris. (117-[7])

A CEDER, *raison de santé*, Cabinet bien situé dans quartier d'avenir à Paris. —
Long bail à volonté. — Loyer 1.300 fr. net, recettes prouvées 10.000 fr. — Prix
11 demandé avec beau mobilier et outillage : 12.000 fr. Ecrire aux initiales B. D.,
chez M. Papot, 67, rue St-Lazare, Paris. (114-[8])

DOCTEUR EN MÉDECINE demande emploi quelconque dans Ecole
12 dentaire, clinique ou comme assistant d'un dentiste. — Conditions à
débattre. Ecrire à M. E. Bonnard, 46, rue Lafayette, Paris. (105-[15])



JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

CRÉANCES PRIVILÉGIÉES

On sait qu'il existe un privilège en faveur des médecins qui, en cas de décès d'un malade, lorsque l'actif n'est pas suffisant pour le paiement des créanciers, leur donne un droit de priorité pour le règlement intégral de leurs honoraires.

Ce privilège est établi par l'article 12 de la loi sur l'exercice de la médecine, qui est ainsi conçu : « L'article 2.101 du code civil relatif aux privilèges généraux sur les meubles est modifié ainsi qu'il suit dans son paragraphe 3 :

« Les frais quelconques de la dernière maladie, quelle qu'en ait été la terminaison, concurremment entre ceux à qui ils sont dus. »

D'autre part, l'article 2.101 du code civil s'exprime ainsi : « Les créances privilégiées sur la généralité des meubles sont celles ci-après exprimées et s'exercent dans l'ordre suivant :

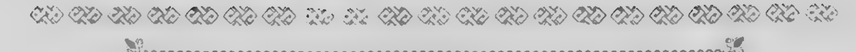
1° Les frais de justice ; 2° les frais funéraires ; 3° les frais quelconques de la dernière maladie concurremment entre ceux à qui ils sont dus ; 4° les salaires des gens de service, pour l'année échue, et ce qui leur est dû pour l'année courante, etc.

La loi nouvelle a-t-elle étendu ce privilège aux dentistes par suite de leur assimilation aux médecins pour leurs devoirs et leurs obligations ?

Un de nos confrères vient d'essayer, sans succès d'ailleurs, d'en obtenir le bénéfice. Ayant un de ses débiteurs en faillite, il voulut se réclamer du privilège cité plus haut, pour le paiement intégral de ses honoraires ; mais le liquidateur judiciaire, sans discuter l'application de ce privilège aux dentistes, refusa de l'accorder sous prétexte que les soins avaient été donnés après le vote de la loi du 30 novembre 1892, mais non après sa promulgation en date du 1er décembre 1893 conformément à l'article 34 qui dit que : « la loi ne sera exécutoire qu'un an après sa promulgation. »

Il serait désirable qu'un dentiste se trouvant dans les conditions voulues et à qui ce privilège serait contesté, fît affirmer ce droit par les tribunaux compétents afin qu'il ne restât plus aucun doute à cet égard.

C. G.



Chronique professionnelle

Sous cette rubrique L'Odontologie *se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle. Toutefois le Comité de rédaction se réserve le droit de supprimer toute expression ou toute appréciation de nature à provoquer des polémiques personnelles.*

Nous recevons d'un de nos confrères de province la lettre suivante que nous reproduisons volontiers :

A PROPOS DES EXPERTISES

Essai de réponse à une question de M. Mahé insérée dans L'Odontologie *du 15 novembre 1898.*

Eh! mon cher confrère, votre question peut donner lieu à bien des controverses ! ! ! Pour moi la solution la plus simple à y apporter est celle de la droiture.

Tout d'abord vous me semblez un peu trop optimiste en ce qui touche à Thémis, ou plutôt pour parler net et juste à ce qu'elle touche. En semblable occurence le mieux est de lui tirer votre plus belle révérence et de..... passer. Rappelez-vous toujours *L'huître et les plaideurs*. Croyez-moi, en fait d'expertise, le mieux est de n'en point demander et de ne s'en point laisser imposer.

Vous croyez peut-être qu'il s'agit de difficultés à éviter ou à tourner. Mais non ! pas du tout. Il s'agit de ne les point laisser surgir et pour cela agir préventivement. Comment ? C'est fort simple : agissez loyalement, franchement, honnêtement. Tout est là.

Prenez exemple sur ce qu'a fait, m'a-t-on dit, un de mes confrères dans une petite ville de province. Cette manière de procéder n'est pas particulière d'ailleurs à ce confrère ; les choses se passeraient, paraît-il, de la même façon dans bon nombre de cabinets de province, notamment dans le sud-est.

Lorsqu'il a ouvert son cabinet, il y a bientôt neuf ans, ses premiers clients étaient pour les 3/10 au moins plus ou moins solvables. Il dut passer par là où quiconque ouvre un établissement doit s'attendre à passer : les mauvaises créances sont les premières, les plus maniérées et les plus empressées à solliciter les soins du débutant.

Il s'y attendait. Il paya donc un peu volontairement son apprentissage commercial de la vie dentaire.

Mais un beau jour, en relevant ses créances mauvaises ou simplement douteuses, il s'aperçut qu'il était temps d'arrêter les frais.

D'autre part quelques litiges s'étaient élevés entre certains clients peu raisonnables et lui. Il résolut une bonne fois pour toutes d'éteindre tout brandon de discorde.

Et voici comment s'y prit : il fit confectionner une belle, large plaque en tôle émaillée blanc et sur la dite inscrire en caractères bleus bien apparents un libellé ainsi conçu :

Tout soin commencé est dû en entier

Le travail de prothèse se paie rigoureusement au comptant

Cette pancarte de 0 m. 40 × 0 m. 30 fut mise à bonne place, en face et à gauche du fauteuil. Impossible donc de ne pas la voir.

Un client entrait-il, il lui laissait, pendant sa toilette des mains, le temps de se reconnaître et de prendre acte des conditions auxquelles il travaille.

Certaines personnes offrent de payer à tempérament. A ces personnes il tient ce langage :

« Vous avez, dites-vous, la ferme intention de payer et je n'ai pas le droit de soupçonner votre honnêteté. Vous ne disposez, dites-vous, encore que de facultés pécuniaires très restreintes. Soit ! J'admets cela et de mon côté je vous veux obliger. Je puis vous faire le travail demandé pour tel prix qui certainement vous agréera. Eh bien, étant donné la modicité relative des honoraires réclamés, voici ce que vous allez faire : Vous allez économiser de telle façon qu'il vous plaira la somme nécessaire à l'exécution du travail demandé et quand vous aurez parfait la somme convenue, vous reviendrez et je vous servirai. »

C'est là une touche infaillible. De deux chose l'une : Ou ces personnes sont vraiment honnêtes, et alors elles économisent et reviennent ; ou bien ce sont des escrocs et des paniers percés et alors elles vont porter leurs pénates ailleurs ; c'est ce qu'elles ont de mieux à faire.

Résultats : plus d'incertitude, plus de chicane, peut-être moins d'affaires, mais plus de bénéfice réel et pas de pertes sèches de temps et d'argent. C'est fort appréciable pour le repos des fonds et la tranquillité d'esprit.

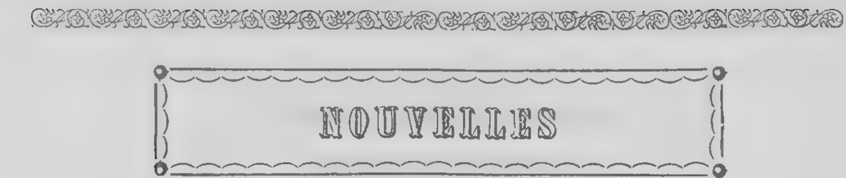
Reste à vider les contestations d'honoraires pour travail fait.

Pour n'en point avoir, rien de plus simple : avoir un tarif et en faire part au client avant de commencer un travail quel qu'il soit. De cette façon pas de surprises, tout loyalement, quitte à vous à faire une diminution si vous jugez la chose faisable, utile ou simplement consciencieuse. C'est simple et infaillible.

Quant au travail de prothèse livré au comptant, le client est sensé en être satisfait, puisqu'il a payé, et ce n'est plus entre lui et son dentiste qu'une affaire de la plus élémentaire honnêteté de retoucher la pièce, d'y faire tels changements réclamés pour le bon fonctionnement, la rétention ou l'articulation de l'appareil et même s'il le faut de refaire le travail en entier.

Ce faisant, vous n'aurez plus à passer des sommes par profits et pertes et pas de laissés-pour-compte et vous aurez toute quiétude. Quant à dame Thémis, ainsi que je vous le disais en commençant, vous lui ferez votre plus belle révérence et vous..... passerez devant chez elle, mais n'y entrerez pas.

PHILODONT.



NOUVELLES

LE DÉCANAT DE LA FACULTÉ.

Les pouvoirs de M. Brouardel, comme doyen de la Faculté de médecine, arrivant à expiration, les professeurs de la Faculté, les agrégés chargés de cours, de conférences ou chefs de travaux, ont été appelés à présenter deux candidats au décanat, pour une nouvelle période de trois ans. Ils ont fait à la presque unanimité une manifestation de sympathie sur le nom de M. Brouardel, qui a été proposé par 49 voix sur 52 votants.

M. Potain a été désigné en seconde ligne. Le conseil de l'Université, dans sa séance du 30 janvier a ratifié ces choix.

Nous sommes heureux à cette occasion de renouveler à l'éminent Doyen les félicitations que déjà notre Directeur lui a exprimées au nom de l'Ecole dentaire, dans le Comité de patronage de laquelle nous avons le plaisir de le compter.

ECOLE DENTAIRE DE LYON.

2e Liste de souscription.

MM.	B. Platschick,	Paris	100 »
	Mamelzer,	id. Un fauteuil et	100 »
	Touchard,	id.	100 »
	Rounet,	id.	100 »
	Dr Sauvez,	id.	100 »
	Cornelsen,	id.	100 »
	Kœlliker et Cie,	id.	100 »
	Reymond frères,	id.	100 »
	Pont,	Lyon	100 »
	Crouzet,	id.	100 »

Soit près de 5.000 francs souscrits avant l'envoi de toute circulaire. Rappelons que tout souscripteur inscrit pendant l'année 1899 pour une somme minimum de 100 francs, payables en un ou cinq versements annuels, reçoit le titre de membre fondateur de la Société.



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons avec plaisir. Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

? Nº 65. — *Connaît-on un procédé pour empêcher la dilatation des rondelles en caoutchouc pour succions? Mes confrères ont-ils le même inconvénient que moi, qui suis obligé de les changer tous les deux mois?* *E. B. de C.*

☞ *Réponse.* — Il faudrait faire les rondelles avec du caoutchouc entoilé. J'ai soumis à ce sujet, il y a quelque temps déjà, une série de désiderata à la maison Godart. Je pense qu'un jour ou l'autre elle voudra bien en tenir compte, autant dans son intérêt que dans le nôtre. Q.

Comme suite à cette réponse publiée dans notre numéro du 15 janvier, la maison CONTENAU ET GODART FILS *nous adresse la note suivante:*

Il y a longtemps que les rondelles en caoutchouc entoilé ont été faites et mises à l'essai par la maison Contenau et Godart. Ces rondelles duraient encore moins que les autres parce qu'elles se dédoublaient au bout de quelques jours. Il faudrait employer autre chose que le caoutchouc qui se décompose, dans la bouche. Nous étudions sérieusement la question.

? Nº 72. — *Quelle est la température maxima que peut donner le fourneau électrique à émail fabriqué par la maison* Weiss *et* Schwarz *de Vienne?*

? Nº 73. — *Comment peut-on effacer les taches de fer sur les dents?* *Dr A. R.*

? Nº 74. — *Dans le traité de pharmacologie de Schaeffer-Stuckert, il est défendu d'employer les huiles volatiles pour la préparation de l'eau dentifrice au thymol. Pourquoi?* *W. K.*

? Nº 75. — *Quels sont les inconvénients du thymol comme dentifrice?* *W. K.*

DERNIÈRE HEURE

ECOLE DENTAIRE DE PARIS.

Nous apprenons au moment de mettre sous presse que, par décision ministérielle, il vient d'être accordé une subvention de 30.000 francs à la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

19e ANNÉE. N° 4 28 FÉVRIER 1899 IIe SÉRIE. VOL. VIII.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

***L'Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

Chacun des articles publiés dans *L'Odontologie* peut être détaché séparément et classé dans des chemises bibliographiques spéciales.

Ce numéro contient 42 pages de texte et 1 figure.

Travaux Originaux

L'EAU OXYGÉNÉE DANS LA THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE ET DANS LES MALADIES DE LA BOUCHE ET DES DENTS[1].

Par M. F. TOUCHARD,

Professeur à l'École dentaire de Paris,

Lauréat de l'Académie de médecine.

L'eau oxygénée $H^2 O^2$, peroxyde ou bioxyde d'hydrogène, ou bien encore dioxyde d'hydrogène, comme l'appellent les Américains qui l'emploient couramment, n'est point un nouvel agent thérapeutique. Douée de propriétés antiseptiques puissantes, puisque sa valeur bactéricide l'a fait classer parmi les agents les plus énergiques contre les microbes, avant le sublimé lui-même, l'eau oxygénée jouit en outre de propriétés hémostatiques considérables qui la mettent au rang des hémostatiques les plus efficaces. Malgré ces deux grandes qualités, bactéricide et hémosta-

1. Ce travail a été couronné par l'Académie de médecine (prix Alvarenga). En raison de son étendue nous le publierons en plusieurs fois.

tique, qui lui permettent de rendre de grands services en chirurgie, malgré plusieurs travaux parus sur l'eau oxygénée, cet agent merveilleux n'a pas encore conquis la place qui lui est due en thérapeutique. Dans ce mémoire nous nous sommes proposé de mettre en évidence les services précieux qu'elle peut rendre aux praticiens et aux dentistes dans les affections de la bouche et des dents, grâce à son pouvoir bactéricide énergique, grâce à sa puissance éminemment hémostatique, grâce à son facile maniement et à son innocuité absolue. Cependant, nous devons ajouter que l'eau oxygénée officinale est encore actuellement d'un prix relativement élevé et que cette raison a pu en empêcher la plus fréquente application. Toutefois, en matière de thérapeutique, le remède qui agit efficacement ne devrait jamais être considéré au point de vue de sa valeur marchande, mais plutôt au point de vue de sa valeur médicamenteuse. Depuis bientôt cinq années nous employons quotidiennement cet agent avec un succès qui ne s'est jamais démenti. Nous avons également joint à l'expérimentation journalière de l'eau oxygénée l'étude de cette substance et de ses propriétés bactéricides sur les microbes et champignons qui constituent la flore buccale.

Puissent les résultats de nos recherches et de notre expérimentation faire connaître les services que l'eau oxygénée peut rendre dans les affections bucco-dentaires et tirer un peu de l'oubli un agent thérapeutique d'une valeur aussi réelle que le peroxyde d'hydrogène.

HISTORIQUE

C'est au commencement de ce siècle, en 1818, que l'eau oxygénée fut découverte par Thénard, qui, le premier, la prépara, et, comme on le verra tout à l'heure, le procédé qu'il indiqua pour sa préparation est encore celui que l'on suit aujourd'hui.

Depuis la découverte de Thénard, les chimistes ont étudié avec soin l'eau oxygénée, et de nombreux travaux ont paru sur cette substance, tant en France qu'à l'étranger. En 1830

Dumas l'applique à la restauration des vieux tableaux. Les usages de l'eau oxygénée dans l'industrie sont aujourd'hui nombreux, mais ne doivent pas nous arrêter; nous ne signalerons, en passant, que l'emploi considérable qui fut fait dans ces dernières années de cette substance pour la décoloration des cheveux.

Au point de vue médico-chirurgical, nous trouvons en 1862 une lettre de Laugier adressée à l'Académie des sciences, au sujet de la thèse de Maurice Raynaud sur l'asphyxie locale et la gangrène des extrémités, lettre dans laquelle Laugier s'exprimait ainsi : « Les bains d'oxygène pur arrêtent rapidement, au moins dans certains cas, la marche de la gangrène spontanée des extrémités ». Puis vient la thèse de Foucras en 1866 ; à cette époque, Jules Guérin signale l'action excitante et cicatrisante de l'eau oxygénée sur les plaies, action excitante que Demarquay utilisa dans le traitement des ulcères atoniques et scrofuleux.

Mais l'eau oxygénée n'agit pas seulement favorablement sur les plaies par son pouvoir excitant, elle possède d'autres propriétés qui présentent un intérêt de premier ordre au point de vue bactériologique. Angus Smith, en 1869, déclare que l'eau oxygénée est le désinfectant par excellence. En 1876, Kingzett montre que l'eau oxygénée à 10 volumes est un antifermentescible de premier ordre et empêche pendant un certain temps le lait de surir, le blanc d'œuf et la pâte de farine de pourrir, la bière et le moût de raisin de fermenter ; en 1877 le Dr Day traite 65 cas de scarlatine en frottant le corps du malade avec de la graisse contenant de l'eau oxygénée; 6 cas seulement furent mortels. En 1878 Guttman étudie les propriétés toxiques et antiseptiques de l'eau oxygénée. Un centimètre cube d'eau oxygénée acide à 10 volumes empêche pendant neuf mois 10 centimètres cubes d'urine de se putréfier; il empêche également la putréfaction d'une infusion de viande.

En 1881 Damaschino traite avec succès le muguet en faisant des lavages trois ou quatre fois par jour avec l'eau oxygénée et inspire la thèse de Doreau (1881).

De 1880 à 1882 Paul Bert et Regnard étudient les propriétés de l'eau oxygénée et trouvent que 1 o/o d'eau oxygénée pure suffit pour arrêter les putréfactions dans des flaçons contenant du lait, des blancs d'œufs, de l'urine, de l'amidon, de l'eau de levure sucrée, etc., etc., et les expériences des mêmes auteurs sur la fibrine prouvent que l'eau oxygénée est susceptible d'empêcher le développement des ferments figurés, bactéries putrides infectieuses ou non.

En 1881 Baldy reconnaît expérimentalement l'action antiputride de l'eau oxygénée et son heureuse influence sur certains processus morbides à fonte purulente.

La même année, Beschamp (de Lille) insistait sur les propriétés antivirulentes de l'eau oxygénée.

En 1882 les essais d'Ollivier, de Nicaise, sont favorables à l'emploi de l'eau oxygénée dans le traitement des plaies. En 1883 Nocard (d'Alfort) et Molereau montrent que l'eau oxygénée atténue la virulence du charbon symptomatique et que le degré de l'abaissement de la virulence est proportionnel à la durée du contact.

En 1883 paraît l'intéressant travail de Baldy dans lequel sont consignés ses heureux succès, ceux de Péan ; la même année, paraît la thèse de Larrivé, qui contient de nombreuses observations. Bouchut l'employait avec succès dans la diphtérie.

Déjà en 1882 de Sinetty la préconisait dans la vaginite, la métrite, l'uréthrite. En 1884 paraît la thèse de Barbolain, qui montra que dans certaines dermatoses le traitement par l'$H^2 O^2$ est très efficace.

En 1885 Betmann applique avec succès l'eau oxygénée dans le traitement de certaines affections chirurgicales, dacryocystite, etc.

En 1890 paraissent les travaux d'Altehofer, de Pane, de Gibier, d'Heidenain et enfin en 1893 paraît un mémoire intéressant de Chamberland et Fernbach dans les Annales de l'Institut Pasteur.

Nous retrouverons dans un chapitre spécial toutes ces

intéressantes publications qui ont trait particulièrement à l'étude du pouvoir bactéricide de l'eau oxygénée, pouvoir bactéricide que nous avons étudié également et dont nous consignerons les résultats.

Depuis ces travaux, quelques observations de l'emploi clinique de l'eau oxygénée dans différentes affections, mentionnant les heureux effets de cet antiseptique énergique, paraissent dans la littérature médicale, mais nous viennent presque toutes de l'étranger. Nous-même, l'année dernière, dans une revue générale sur la maladie de Fauchard parue dans la *Gazette des hôpitaux*, nous signalions les résultats merveilleux obtenus avec l'eau oxygénée dans cette affection si rebelle.

Malgré toutes ces publications, malgré les tentatives faites par certains cliniciens comme Baldy pour remettre en faveur les usages thérapeutiques de l'eau oxygénée, cet antiseptique continue à être rarement employé. Signalons cependant un travail de Gellé sur l'action hémostatique et antiseptique de l'eau oxygénée en oto-rhinologie, travail inspiré par le Dr Lermoyez, qui a vu à l'étranger les excellents services que cet antiseptique rend aux spécialistes qui l'emploient couramment. L'eau oxygénée a fourni entre nos mains de très bons résultats dans toutes les affections de la bouche et des dents, et nous pensons que cet agent devrait être connu et utilisé par tous les stomatologistes.

PRÉPARATION DE L'EAU OXYGÉNÉE.

C'est en étudiant l'action des bioxydes sur les acides que Thénard constata qu'une partie de l'oxygène du bioxyde restait dans la dissolution.

C'est le procédé de Thénard qu'on utilise pour la préparation de l'eau oxygénée quand on veut obtenir une eau un peu concentrée. On prépare l'eau oxygénée en dissolvant du bioxyde de baryum dans l'acide chlorhydrique en précipitant la baryte par l'acide sulfurique et en se débarrassant de l'acide chlorhydrique libre et du baryum par le sulfate d'argent qui donne du chlorure d'argent et du sulfure de

baryte. Il ne reste plus dans l'eau que de l'oxygène en proportions plus ou moins considérables, suivant la façon dont on opère. Par ce procédé long et laborieux décrit avec détail dans les livres de chimie, dans les travaux de Baldy, de Larrivé, etc., on peut obtenir une eau oxygénée contenant 475 volumes d'oxygène. Mais pour les besoins de la pratique médicale et chirurgicale on ne se sert que d'une eau n'exigeant pas une teneur en oxygène supérieure à 15 volumes ; aussi la préparation de l'eau oxygénée est rendue beaucoup plus courte.

Hanriot prépare de l'eau oxygénée marquant entre 6 et 8 volumes par la réaction déjà indiquée par Pelouse, de l'acide fluorhydrique sur le bioxyde de baryum lavé avec soin à l'eau pour le débarrasser de ses sels solubles. Cette eau oxygénée est additionnée d'eau de baryte jusqu'à réaction franchement alcaline. Il se précipite du bioxyde de baryum, ainsi que de l'oxyde de fer ou de manganèse si la liqueur en renfermait. On filtre, on neutralise par l'acide sulfurique et on concentre la liqueur filtrée au bain-marie jusqu'à ce qu'elle marque 12 à 15 volumes ; on la soumet alors à 4 ou 5 congélations successives de façon à l'amener jusqu'à 70 ou 80 volumes et on termine la concentration dans le vide sec. Par ce procédé on purifie l'eau oxygénée quand elle est très étendue, c'est-à-dire très stable. Cette méthode est en outre la plus rapide.

Propriétés de l'eau oxygénée. — L'eau oxygénée est un liquide incolore, inodore, d'une saveur métallique qui provoque la salivation et qui, appliquée sur la langue, la blanchit en y produisant des picotements, coagulant la salive, mais qui n'attaque pas l'épiderme à cause du faible degré de concentration.

Sa densité est de 1,452. Sa réaction est neutre ou légèrement acide. Elle ne congèle pas à 30 degrés au-dessous de zéro et se dissout fort bien dans l'eau, qu'elle traverse d'abord comme un sirop, ainsi que dans l'éther. L'eau oxygénée se conserve difficilement au contact de l'air et d'autant moins qu'elle est plus concentrée. L'eau saturée se décompose déjà

à 20 degrés, tandis que celle qui ne renferme que 7 à 8 fois son volume d'oxygène peut résister à une température de 50 degrés. Cette décomposition est facilitée par la présence des bases et entravée par celle des acides.

Hanriot a soumis l'eau oxygénée à la distillation sous une pression de 3 centimètres cubes de mercure environ. Dans ces conditions la quantité d'eau oxygénée qui distille est d'autant plus grande que la liqueur primitive est plus concentrée. Ainsi, tandis qu'une eau à 45 volumes ne donne à la distillation qu'une eau marquant 1/2 volume, une eau à 110 volumes en donne une marquant 10 volumes environ. Ce chiffre est assez élevé pour qu'il soit possible d'employer la distillation et préparer une eau oxygénée parfaitement pure, débarrassée des matières fixes et de l'eau acidulée.

Un certain nombre de corps décomposent l'eau oxygénée, mais avec des réactions différentes :

1° Il y a décomposition pure et simple. C'est de cette façon qu'agissent le platine, l'or, l'argent, le charbon divisé, la fibrine, le bioxyde de manganèse, le sesquioxyde de fer, le massicot, etc. Il y a dégagement de chaleur si l'eau oxygénée est concentrée et la décomposition est alors rapide ; dans le cas contraire, elle se fait lentement et sans chaleur ;

2° Décomposition de l'eau oxygénée et oxydation des substances actives. Tel est l'effet produit par le potassium, le sodium, le magnésium, le sélénium, l'arsenic, qui, ainsi que le tungstène et le molybdène, forment des acides dont la présence à l'état libre arrête ensuite la décomposition de l'eau oxygénée. Parmi les oxydes, les protoxydes de baryum, de strontium, de calcium, les hydrates de protoxyde de fer, de cobalt, d'étain, de cuivre, passent à l'état de peroxyde.

Parmi les sels dont l'action a été étudiée par Thénard les sulfures d'argent et de mercure sont inertes ; les sulfures de plomb, de fer, de cuivre, d'arsenic passent à l'état de sulfates ;

3° Décomposition simultanée de deux corps en présence. Tel est l'effet produit par les oxydes d'argent, d'or, de platine, de mercure, de bioxyde de plomb, des acides perman-

ganique, chromique, l'ozone, etc., qui font dégager l'oxygène de l'eau et passent à l'état d'oxydation inférieure.

Réactions. — On peut reconnaître, d'après Schœnbein, un dix-millionième d'eau oxygénée dans une liqueur en mélangeant à une dissolution d'amidon quelques gouttes d'iodure de potassium, puis une petite quantité d'eau oxygénée et enfin une goutte d'une solution de sulfate ferreux. Il se forme de l'iodure d'amidon, dont la teinte bleue est d'autant plus foncée que la proportion d'eau oxygénée est plus grande. Cette coloration est due à ce que l'eau oxygénée donne naissance à de la potasse et met ainsi l'iode en liberté.

La solution rose de permanganate de potassium est décolorée. Une solution d'acide chromique au centième passe du jaune orange au bleu. Si la proportion d'eau oxygénée est assez peu considérable pour que le changement de teinte soit peu marqué, il suffit d'agiter le mélange avec de l'éther, qui dissout l'acide perchromique formé et prend une teinte bleue intense (Barreswil).

Un mélange d'un sel de peroxyde de fer et de ferrocyanure de potassium forme du bleu de Prusse, par suite de la transformation du ferricyanure en ferrocyanure (Weltzien). Une dissolution d'indigo décolorée par le sulfure d'hydrogène, additionnée de quelques gouttes de sulfate ferreux, reprend sa teinte bleue foncée primitive en présence de traces d'eau oxygénée ; un excès de ce liquide détruit de nouveau la coloration (Schœnbein).

Dosage. — Le dosage de l'eau oxygénée du commerce se fait au moyen du bioxyde de plomb. Le volume d'oxygène qui se dégage après avoir été rapporté au centimètre cube d'eau oxygénée doit être divisé par 2, si l'on veut avoir le titre de l'eau analysée. Cet oxygène dégagé représente non seulement tout l'oxygène actif de l'eau oxygénée, mais encore une quantité égale d'oxygène provenant du bioxyde de plomb ; aussi, l'oxygène qui se dégage ne provient que pour une moitié de l'eau oxygénée elle-même (Blarez, *Journ. de pharm. et de chimie*, 1886).

(A suivre.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MORTIFICATION DE LA PULPE DENTAIRE DANS LES MALADIES INFECTIEUSES

Communication à la Société d'Odontologie de Paris.
Séance du 7 février 1899.

Par M. G. Gross,

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

M. M... vient faire visiter ses dents. Le consultant fait son service militaire et est actuellement en congé de convalescence ; il a quitté depuis deux mois l'hôpital, où il était traité pour une fièvre typhoïde grave. Il raconte sa maladie : il est resté environ trois mois couché ; sa courbe thermique, pendant 62 jours supérieure à la normale, aurait plusieurs fois atteint et même dépassé 41°. Son état a été désespéré ; les parents furent appelés comme il est d'usage dans les hôpitaux militaires lorsque la maladie évolue vers un dénouement fatal. Depuis son entrée en convalescence, le malade a fait toute une série d'abcès, aux cuisses, aux jambes. Actuellement il est encore faible et vient nous trouver parce qu'il sent à sa mâchoire supérieure, du côté droit, au-dessus du groupe des molaires, une tuméfaction peu considérable, accompagnée d'une certaine gêne, mais non de douleurs vives. Son médecin traitant, consulté, a émis l'opinion que ce pourrait bien être un abcès secondaire semblable aux abcès précédents, mais lui a toutefois donné le conseil de faire visiter ses dents. Notre sujet a toujours pris soin de sa dentition, qu'il faisait examiner régulièrement ; un mois encore avant le début de sa fièvre typhoïde, il est allé trouver un dentiste qui a visité sa bouche, a obturé la 2e prémolaire supérieure droite et n'a pas signalé d'autres caries. A l'examen, du côté malade, nous voyons : la 2e molaire, cariée assez largement, obturée au ciment ; la 1re molaire, obturation centrale, peu étendue, à l'amalgame. La tuméfaction n'est pas très bien

limitée ; d'après son siège elle peut aussi bien reconnaître pour cause la 2e que la 1re molaire. La percussion ne donne pas non plus de renseignements certains : les deux dents sont un peu sensibles.

Comme la 2e molaire est obturée au ciment, étant donné la fréquence des mortifications pulpaires sous cette obturation plastique, en l'absence de signes plus nets, je me décide à trépaner cette dent. Je tombe sur une cavité pulpaire vide et très infectée. Au bout de quelques jours, après les pansements antiseptiques d'usage, ne voyant survenir aucune amélioration, je trépane la 1re molaire obturée à l'amalgame. J'ai vite atteint le fond de l'obturation qui était assez superficielle et comme je ne trouve aucune sensibilité, je continue dans la dentine, que je perfore sur une profondeur d'environ 3 millimètres avant d'atteindre une cavité pulpaire également infectée. Un peu surpris, étant donné le peu de profondeur de l'obturation, j'ai l'idée d'une relation possible entre l'affection générale récente et la mortification des dents que je viens de trépaner. Pour plus ample renseignement je trépane aussi la 2e prémolaire, obturée à l'amalgame, où j'obtiens le même résultat : pulpe mortifiée, canal radiculaire infecté. De l'autre côté de la bouche la 1re molaire supérieure est obturée au ciment sur une faible étendue. Je l'ouvre toutefois et je trouve de même une cavité pulpaire vide et infectée.

Il n'y a plus maintenant que des dents saines ou des obturations tout à fait superficielles au centre des molaires. Je pénètre avec le trépan dans une de ces obturations, mais je suis vite arrêté par la sensibilité dentinaire.

En résumé, sur mon sujet, en plus de nombreuses caries au 2e degré qui ont évolué depuis la dernière visite au dentiste et de quelques obturations superficielles au centre des molaires, je trouve quatre dents obturées : deux assez profondément et deux autres plus superficiellement. Ces quatre dents trépanées me révèlent quatre dents mortes ; la mortification est récente, car aucune de ces dents n'est encore décolorée.

*
* *

Existe-t-il une relation entre l'affection générale grave qui vient d'atteindre le malade et cette série de mortifications de la pulpe dentaire ? Telle est la question que l'on peut se poser.

Peut-être n'est-ce qu'une simple coïncidence Ces quatre dents étaient déjà obturées, deux avec du ciment, les deux autres avec de l'amalgame. Nous savons combien est fréquente la mortification de la pulpe dentaire sous une obturation au ciment lorsque cette obturation avoisine immédiatement la cavité pulpaire ou lorsqu'elle offre une grande surface, tout en étant assez éloignée de cette cavité. D'autre part, les mortifications pulpaires, sous l'obturation à l'amalgame, quoique plus rares, s'observent aussi.

Doit-on conclure que les nécroses de la pulpe dans le cas qui nous occupe résultent d'une cause absolument locale et sont remarquables seulement par leur réunion fortuite dans une même bouche? Je ne le crois pas et il me semble que l'on peut faire une large place à l'état général dans la pathogénie de ces mortifications.

Le nombre des dents atteintes doit d'abord retenir notre attention. On observe dans une bouche, sous une obturation, une infection de la pulpe dentaire avec désagrégation consécutive, parfois deux, mais très rarement quatre.

D'un autre côté, la pulpite qui se traduit finalement par la destruction de l'organe central n'offre pas, en général, cette marche indolore et cette absence de toute manifestation locale que nous remarquons ici. Le patient est prévenu longtemps à l'avance par de petits phénomènes auxquels il n'attache pas grande importance, au début, mais qui souvent s'exagèrent et le forcent à réclamer l'intervention du dentiste. Ceci est surtout vrai pour les dents obturées et en particulier pour les dents obturées au ciment où il est rare que le malade, avant de venir nous trouver, n'ait pas ressenti quelques sensations d'agacement, d'intolérance aux manifestations thermiques, particulièrement à la chaleur, de sen-

sibilité à la mastication. Notre sujet avait été consulter son dentiste un mois avant le début de sa maladie et n'avait rien eu à lui signaler de ce genre. On peut admettre que ces phénomènes subjectifs, s'ils se sont produits, ont eu lieu pendant le cours de la dothiénentérie et ont passé inaperçus dans l'ensemble symptomatique grave que présentait alors le malade. La date de la mortification, que nous pouvons établir récente par l'absence de décoloration confirme cette idée.

En troisième lieu, l'aspect et le volume des obturations peuvent nous renseigner sur l'état antérieur des dents atteintes. Je laisse de côté comme n'étant pas assez caractéristiques une dent obturée au ciment et une autre obturée à l'amalgame où les obturations étaient assez étendues et assez rapprochées de la chambre pulpaire. Je note, sans trop insister, vu le genre de matière obturatrice, une obturation au ciment peu étendue et éloignée de la cavité centrale. Je retiens surtout la 1re molaire supérieure droite, qui est obturée à l'amalgame ; cette dent était en définitive légèrement atteinte ; c'était une carie du 2e dégré, peu avancée, car le fond de l'obturation est notablement distant de la cavité pulpaire dont 3 millimètres de dentine le séparent.

Enfin, parmi toutes les infections, la fièvre typhoïde est une de celles qui intéressent le plus la nutrition : c'est la maladie dystrophique par excellence et dans le cas qui nous occupe elle a été exceptionnellement grave ; la dénutrition a été très marquée, des abcès secondaires se sont produits. Les dents obturées, de par la carie précédente, ne possédaient plus leur intégrité physiologique ; elles formaient des points de moindre résistance qui devaient être atteints de préférence.

Cette idée de troubles dentaires reconnaissant pour cause des phénomènes généraux n'est pas nouvelle. Nous voyons, en effet, les troubles nutritifs qui atteignent le fœtus pendant la période de formation de la dent intervenir dans l'évolution du germe dentaire et produire dans la calcification une gêne qui imprime à la dent une tare indélébile. D'au-

tre part, nous connaissons l'influence de la grossesse sur la marche des affections dentaires. M. le Dr Sauvez a signalé, dans le même ordre d'idées, l'influence de la menstruation. M. Mendel Joseph, dans une communication à la Société d'Odontologie, en 1895, développait l'idée de la gangrène neuropathique de la pulpe dentaire, émise déjà par M. Poinsot, et en admettait la possibilité. Enfin, M. Mahé, dans un article tout récent, signalait comme cause provocatrice des accès aigus de radiculite infectieuse l'état génital chez la femme, soit menstruel, soit puerpéral.

L'idée de mortification de la pulpe secondaire à une infection intéressant tout l'organisme et favorisée par un trouble local ne me semble donc pas irrationnelle.

Quel serait le mécanisme intime de cette nécrose de la pulpe dentaire ?

Doit-on incriminer un trouble trophique analogue aux troubles nerveux qui amènent la gangrène des extrémités et qui atteindrait ici un organe à vitalité amoindrie ? Doit-on plutôt admettre la rétention, lors du traitement de la dent, et ensuite la pullulation de bactéries pathogènes dans les canalicules dentinaires ? Il est prouvé que les bactéries peuvent persister très longtemps, plusieurs années, à l'état de spores et recouvrer toute leur vitalité lorsqu'une condition favorable à leur développement survient. Ici ce serait la diminution de la résistance normale opposée par l'organisme à l'infection.

Ne faudrait-il pas plutôt croire à une association de ces deux facteurs pathogéniques ?

Quoi qu'il en soit, le cas m'a semblé assez intéressant pour être publié. Il est probable que quelques-uns de mes confrères ont rencontré dans leur pratique des faits semblables. Je leur serais reconnaissant de bien vouloir émettre leur opinion à ce sujet.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1899

MM. **Lemerle**, ✪, *président*.
Dr Sauvez, *vice-président*.
L. Richard-Chauvin, ✪, *vice-présid.*

MM. **Choquet**, *secrétaire général*.
Jeay, *secrétaire des séances*.
Dr Pitsch, *secrétaire des séances*.

MM. **Meng** ✪. } *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction*
Touvet-Fanton. } *de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey et Poinsot**.

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1899

BUREAU

M. **d'Argent**, ✪, *président*.

MM. **Richard-Chauvin**, ✪, *vice-président*.
Coignard, *vice-président*.
De Marion, ✪, *secrétaire général*.

MM. **Prével**, ✠, *secrétaire adjoint*.
Rollin, ✪, *trésorier*.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.** ✱, ✪, **Poinsot** ✪.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Billet**, **Claser** ✠, **Godon** ✪, **Lemerle**, ✪, Dr **Maire**, **Devoucoux**, **Martinier**, ✪, **Ed. Papot**, ✪, **Paulme**, **Stévenin**, **Viau**, I. ✪.

PROVINCE *(Nord-Est)*.

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. Dr **Martin**, ✪ (Lyon), **Schwartz** ✪ (Nimes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr) ✪, **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit** (**A.**), **Gardenat**, **Pillette**, **Wiesner**, ✱, ✪.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire*; **Billet**, **De Marion**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**. **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin**.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie*.

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union* :
15 0/0 de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.



ACADÉMIE DES SCIENCES

Les dents vertébrales du dasypeltis scabra (Rachiodon)

(Analyse [1]).

Dans la séance du 9 janvier, M. Léon Vaillant, professeur au Muséum d'histoire naturelle, a présenté à l'Académie des Sciences, un échantillon de Dasypeltis scabra ou Rachiodon, ou couleuvre rude, adressé au Muséum par le P. Guillemé des Pères Blancs du Haut-Congo.

C'est un petit ophidien de 70 centimètres de longueur et de 10 millimètres de grosseur au plus, et qui, néanmoins, est capable d'avaler un œuf de cane de 45 millimètres de diamètre transversal. L'échantillon du P. Guillemé, surpris au moment où il venait d'avaler l'œuf et immédiatement plongé dans l'alcool, offre l'aspect bizarre d'une poire de caoutchouc terminée brusquement par un tube grêle, comme les poires actionnant les obturateurs de photographie.

De nombreux reptiles, le fait est connu, sont susceptibles d'ingurgiter des proies plus volumineuses que leur propre corps à l'état normal, mais dans le cas présent la disproportion est vraiment énorme, et la singularité se double de savoir comment un objet aussi volumineux, dur et lisse, ne donnant aucune prise peut être appréhendé. Habituellement un serpent captant une proie volumineuse l'attire par le glissement successif de ses mâchoires en la fixant avec ses dents recourbées en hameçons. Chez la couleuvre rude M. Vaillant admet que deux replis membraneux existant sur les parties latérales de la bouche peuvent agir comme des ventouses fonctionnant alternativement.

Chez les serpents l'orifice buccal et la portion antérieure du tube digestif sont susceptibles d'une extension prodigieuse, mais les portions du même appareil plus éloignées de la bouche ne jouissent plus de cette propriété ; il est donc nécessaire que l'œuf soit fractionné dans l'œsophage, faute de quoi, il serait fatal à l'animal qui l'a dégluti.

Dès 1834, Jourdan a signalé la disposition grâce à laquelle ce fractionnement ne peut manquer de se produire, et qui a valu à la couleuvre rude son nom de *Rachiodon*.

1. *La Couleuvre rude,* serpent mangeur d'œufs de l'Afrique Centrale. — L. Vaillant, *La Nature*, 1899, 1338, 97.

« Il existe chez cet ophidien, à la partie inférieure des vertèbres du cou, 24 c. à 30 c. environ, c'est-à-dire à 5 ou 6 centimètres en arrière de la tête, des apophyses osseuses coniques, légèrement aplaties latéralement, longues de 2 à 3 millimètres, dirigées obliquement en avant (que nous reproduisons ici d'après la figure de l'auteur),

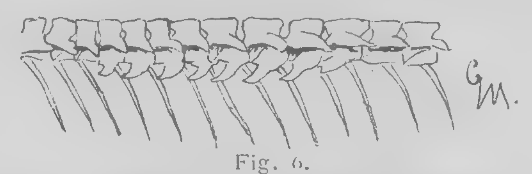


Fig. 6.

Série de vertèbres armées de prolongements dentaires : les côtes ont été enlevées du côté gauche pour permettre de mieux voir la disposition de ces prolongements.

lesquelles percent la paroi de l'œsophage pour faire saillie dans son intérieur. L'extrémité de ces prolongements apophysaires est revêtue d'une couche émaillée de même constitution que celle qui recouvre les dents chez les reptiles : leur ensemble — on en compte 7 ou 8 — constitue une véritable scie très bien disposée pour entamer la coquille de l'œuf. Par ce moyen cette enveloppe est ouverte, le contenu s'écoule dans les portions suivantes de l'appareil digestif, qui ne reçoit ainsi que les parties alibiles sans en rien perdre ; la coquille vide, devenue peu résistante, est brisée, réduite en fragments et regurgitée. C'est là un exemple d'adaptation des plus remarquables [1].

GEORGES MAHÉ.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du mardi 29 novembre 1898.

Présidence de M. HIVERT, vice-président.

M. Cornilliac expose un cas d'accident consécutif à l'évolution d'une dent de sagesse chez un noir ; des troubles tétaniques se sont manifestés.

M. Hivert estime qu'il n'y a aucune raison pour que les noirs n'aient pas l'évolution de la troisième grosse molaire inférieure tout aussi difficile que les blancs.

M. Siffre dépose un travail sur le redressement chirurgical en cas d'antagonisme inverse.

M. Hivert présente une canine bifide très accentuée, ayant l'aspect d'une prémolaire.

(Extrait de la *Revue odontologique.)*

---

1. La présence de dents ailleurs que sur les maxillaires, sur les palatins, le vomer, les os ptérygoïdes, pharyngiens, est d'ailleurs fréquente chez les animaux inférieurs : poissons et reptiles. — G. M.

4[me] CONGRES DENTAIRE NATIONAL

SESSION DE LYON

12, 13, 14 août 1898.

DE L'INTERVENTION DANS LES CAS D'ABCÈS ET DE FLUXION[1]

Rapport présenté par M. le Dr E. Sauvez,
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris,
Dentiste des Hôpitaux.

(Suite)

TROISIÈME CHAPITRE

DU CHOIX DE L'INTERVENTION SUIVANT L'ÉTAT GÉNÉRAL

Nous avons vu que notre intervention pouvait être variable suivant l'époque à laquelle le malade venait nous consulter ; les modifications que certaines diathèses et certains états physiologiques apportent dans l'organisme joueront de même un grand rôle sur la décision que nous avons à prendre. — Les uns nous conseilleront formellement l'intervention immédiate et radicale, d'autres seront des contre-indications pour l'opération sanglante, d'autres enfin nous donneront des indications variables suivant la maladie elle-même. C'est ce que nous allons examiner maintenant.

§ I. — Etats pathologiques indiquant l'intervention.

1° *Tuberculose.*

La tuberculose, qui semble n'avoir que peu d'action sur les dents elles-mêmes, amène quelquefois des ulcérations de la muqueuse buccale et de l'ostéite des maxillaires, très rebelle, surtout chez les enfants.

Chez un enfant tuberculeux, nous sommes d'avis (même s'il s'agit d'une dent temporaire dont la chute est encore éloignée) de pratiquer l'extraction de la dent dès le début de la fluxion, et, s'il y a un abcès déjà formé, d'ouvrir cet abcès tout de suite et d'en surveiller la guérison jusqu'à complète cicatrisation.

Il faut à tout prix empêcher que l'infection générale ne vienne s'installer dans la mâchoire, comme elle ne tarderait probablement pas à le faire si l'on voulait gagner du temps et surveiller l'évolution de l'abcès.

Nous demandons la permission de citer, pour justifier cette conduite, quelques observations de notre pratique :

---

1. Voir L'Odontologie du 30 décembre 1898.

1° Un petit garçon de 9 ans nous est amené il y a six ans pour une écorchure dans la bouche. La mère nous dit qu'il a eu une fluxion il y a un mois et qu'un abcès s'est ouvert spontanément sur la gencive. Pour l'écorchure, elle pense qu'il a dû se couper, qu'il a cette blessure depuis trois semaines et qu'elle ne guérit pas.

Nous constatons que la deuxième molaire temporaire inférieure gauche, dont il ne reste que des fragments, donne naissance à une fistule sur le bord alvéolaire externe.

Partant de cette fistule, nous voyons une bande ulcérée qui occupe exactement — fait fort intéressant — le fond du sillon gingivo-labial et qui s'étend en avant jusqu'au niveau des incisives centrales où il existe une ulcération plus profonde. Cette bande ulcérée est superficielle, son fond est gris jaunâtre, ses bords sont rouges et non indurés. Elle a un contour serpigineux, bref tous les caractères de l'ulcération tuberculeuse.

Nous attirons l'attention sur le trajet de l'ulcération que nous avons décrite. Le pus partant de la fistule descendait naturellement par son propre poids dans le sillon et avait ulcéré peu à peu la muqueuse dans le dit sillon jusqu'au niveau des incisives inférieures où, à cause de la stagnation, il avait amené une ulcération plus profonde.

Nous examinons l'enfant: c'est un petit tuberculeux, très net. Nous enlevons les racines et nous soignons l'ulcération pendant une dizaine de jours. A ce moment l'enfant s'alita et nous ne le revîmes plus. Trois mois après nous reçûmes la lettre de faire part de son décès. La diathèse générale l'avait emporté. Il est certain que dans ce cas, si la mère avait amené l'enfant au moment de la formation de l'abcès, il aurait été indiqué de pratiquer l'extraction sur le champ et de surveiller la guérison de la plaie ainsi produite.

2e *Observation.* — Une petite fille de 6 ans nous est conduite, il y a 4 ans, par son père, dentiste. L'enfant est atteinte d'un gonflement des ganglions sous-maxillaires et de toute la région angulo-maxillaire qui forment un bloc empâté au milieu duquel il est difficile de percevoir autre chose qu'un os très gonflé.

Comme antécédents, la petite fille a eu, il y a trois mois, une grosse fluxion et un abcès produits par la deuxième molaire temporaire inférieure droite. Le père a ouvert l'abcès et, pensant que tout rentrerait dans l'ordre, il a cru ne pas devoir priver son enfant d'un organe utile à la mastication et n'a pas enlevé la dent.

Toutefois, voyant qu'au bout de deux mois la plaie n'était pas encore tout à fait refermée, que la région restait enflammée, il se décida à extraire la dent, pensant voir cesser tous les accidents. Il nous conduisit donc l'enfant un mois après l'opération pour nous demander conseil.

Après examen de l'enfant, de ses antécédents, etc., nous pensons qu'il s'agit d'une ostéite tuberculeuse du maxillaire inférieur et nous percevons dans le fond de l'alvéole un sequestre volumineux. Nous demandons la consultation d'un chirurgien qui se range à notre avis. L'enfant est opérée et son état général est soigné avec attention.

Aujourd'hui, l'enfant vit et est bien portante. Il est certain que dans ce cas, comme dans le cas précédent, l'extraction aurait peut-être évité les complications consécutives.

3e *Observation*. — Un jeune homme de 25 ans, tuberculeux très avancé, vient nous consulter pour une plaie dans la bouche extrêmement douloureuse. Cette plaie le gêne beaucoup pour manger. Il a eu, il y a un mois, une fluxion causée par sa dent de sagesse qui évolue depuis plusieurs années en donnant un peu de pus.

Partant de cette dent, s'étend une bande ulcérée qui gagne de jour en jour en avant (voir 1re observation) dans le sillon gingivo-labial.

Extraction de la dent. Traitement de l'ulcération. Guérison *locale*.

Le malade est mort 4 mois après.

Ainsi donc, d'après ce que nous venons de voir dans ces diverses observations il résulte que, principalement dans les cas avancés de tuberculose, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'extraction d'une dent qui amène une fluxion ou un abcès. La temporisation amènera souvent, même si par bonheur on a pu juguler l'affection dans sa période aiguë, des ulcérations douloureuses et étendues et des complications osseuses qui commanderont tout de même l'extraction.

Après l'intervention, il faudra toujours surveiller la guérison de la plaie et s'occuper de maintenir cette plaie dans des conditions d'antisepsie rigoureuse et *continue* jusqu'à complète cicatrisation.

2° *Syphilis*.

La syphilis joue un rôle très important également sur la décision que doit prendre le praticien.

De même que nous avons vu que la tuberculose, surtout à la période tertiaire, était une indication d'intervention radicale hâtive, de même la syphilis à la période tertiaire nous donne la même indication.

L'intention de garder un organe utile, mais non indispensable à la mastication, ne doit pas faire perdre de vue au médecin les graves désordres osseux qui peuvent résulter des tentatives de conservation.

Les ostéites et périostites consécutives à des gommes, les lésions atrophiques du bord alvéolaire auront certainement plus de chance de se produire si on laisse dans le maxillaire une cause d'irritation, et lorsqu'on ne sera pas certain d'un bon résultat en tentant de

conserver la dent, mieux vaudra pratiquer l'extraction, dans l'intérêt bien entendu du malade.

La région qui doit être le plus surveillée est la voûte palatine. Tout abcès de la voûte palatine doit, à notre avis, commander l'extraction chez un syphilitique à la période tertiaire.

Duplay a observé une périostite syphilitique de la branche montante droite suivie de sa nécrose et de son élimination.

Les nécroses étendues du bord alvéolaire ont également été observées, avec ouverture du sinus maxillaire dans la cavité buccale.

Nous ne citons à ce sujet aucune observation, tous les praticiens en ayant vu un grand nombre, et ces observations ne devant pas apporter de précision plus grande à la conclusion que nous indiquons.

Le maxillaire supérieur est le plus fréquemment atteint.

3° *Cancer.*

Le cancer ne donne pas en lui-même d'indication précise.

Toutefois, il est certain que la conservation d'un organe de l'importance d'une dent est une considération insignifiante pour un malheureux qui n'a que quelques mois à vivre, et qu'il faudra surtout lui éviter le plus possible les complications par une intervention hâtive et décisive, en s'efforçant de le faire souffrir le moins possible.

S'il s'agit d'une fluxion survenant chez un malade atteint de cancer du maxillaire, il y a indication de l'extraction hâtive. Si l'abcès est bien collecté, on se contentera de l'inciser, pour faire souffrir le moins possible le patient. La thérapeutique se résume à le soulager en lui causant le moins de douleur. Naturellement antisepsie rigoureuse.

4° *Fièvres éruptives.*

Les fièvres éruptives créent chez le malade des prédispositions qu'il faut connaître pour être à même de prendre la décision la plus logique.

La rougeole et la variole sont quelquefois suivies, comme complication, du noma, c'est-à-dire de la gangrène de la bouche, et lorsqu'on sera appelé à donner ses soins à un malade atteint de fluxion ou d'abcès à la période de convalescence de ces affections, il faudra penser à cette redoutable complication, intervenir vite et radicalement, ouvrir l'abcès et pratiquer l'extraction, et surtout surveiller la cicatrisation jusqu'à complète guérison locale.

La scarlatine prédispose aux suppurations ; on a vu des cas dans lesquels, même sans cause dentaire, les ganglions lymphatiques de la mâchoire étaient le siège de véritables bubons, allant quelquefois jusqu'au phlegmon diffus et à la gangrène.

Il faudra penser également à la néphrite qui suit souvent la scarlatine et qui prédispose le malade aux œdèmes et à l'anasarque.

La connaissance de ces prédispositions commande, on le conçoit, l'intervention la plus radicale et la plus complète.

5° *Affections diverses.*

L'actinomycose se rencontre assez rarement et nous n'avons jamais eu l'occasion de la rencontrer. Cette affection ne nous semble pas être une contre-indication de l'intervention. On opèrera rapidement, en soignant l'état général de façon appropriée.

La scrofule, qui jadis avait un champ très vaste dans le cadre nosologique, voit son territoire se restreindre de plus en plus.

On rattache en effet la plupart de ses manifestations à la tuberculose et à la syphilis. Son démembrement se fait au profit de ces deux entités morbides et surtout aux dépens de la tuberculose, dont la scrofule ne serait que le premier âge. C'est une indication d'intervention rapide et complète.

Ostéo-myélite. — Si le malade a été atteint d'ostéo-myélite antérieure, il faut intervenir rapidement et complètement.

Ataxie locomotrice. — L'ataxie locomotrice amène souvent l'ébranlement et la chute des dents; on interviendra le plus vite possible, parce que le plus souvent l'extraction n'est pas importante et parce que le bord alvéolaire est le siège d'une nécrose et d'une résorption rapide et étendue.

Oreillons. — Dans les cas d'oreillons on sait que parfois l'affection est suivie de suppuration des parotides ; il nous semble donc qu'il faudra intervenir hâtivement, puisque nous devons nous efforcer de garder le moins possible de causes de suppuration dans une région qui y est déjà prédisposée.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

Adrian et Cie (*Ciment Idéal*), 11, rue de la Perle, PARIS.
C. Ash et fils (*Fournitures générales*), 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS.
Z. Bajus (*Éditeur de musique*), AVESNES-LE-COMTE (Pas-de-Calais).
Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
Billard, L. Lemaire, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264,30.**
B Bourdallé (*Produits anesthésiques*), 127, boulevard Poissonnière, PARIS.
Comptoir international (*Fourn. gén.*). 137, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TELÉPHONE 214-53.**
G.-H. Cornelsen (*Fournitures générales*), 16, rue Saint-Marc, PARIS.
J. Fanguet (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.
Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.
Gardenat (*Prothèse à façon*), 10, rue du Havre, PARIS.
Alfred Joliot (*Fournitures générales*), 193, rue Saint-Martin, PARIS.

TÉLÉPHONE 214-47 { **P.-A. Kœlliker et Cie** *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes. } 58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin, PARIS. 45, rue de la République, LYON ; 18, allées de Tourny, BORDEAUX ; ZURICH. — GENÈVE.

Le Bœuf (*Coaltar saponiné*), BAYONNE.
L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**
A. Majesté et L. Bouchardeau, (*Impressions en tous genres*). } 70, boulevard Montparnasse, PARIS. CHATEAUROUX.
F. Marion (*Fournitures générales*), 87, boulevard Sébastopol, PARIS.
Moreau et Hersent (*Fournitures générales*), 77, rue Montmartre, PARIS.
P. Périé fils (*Fournitures générales*), 44, allée Lafayette, TOULOUSE.
B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

Reymond frères (*Fournitures générales.*) { 23, rue Le Peletier, PARIS. 44, place de la République, LYON. 14, rue de Stassart, BRUXELLES. 4, rue du Grütli, GENÈVE.

L. Richard-Chauvin et Cie (*Gutta*), 1, rue Blanche, PARIS.
Roch fils (*Fournitures générales*), 24, rue de Rome, MARSEILLE.
Victor Simon et Cie (*Fournitures générales*), 54, rue Lamartine, PARIS.
Société chimique des Usines du Rhône. { *Chlorure d'Ethyle.* *Or de Genève.* } 8, quai de Retz, LYON. 14, rue des Pyramides, PARIS.
Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.
F. Vigier (*Pharmacie*), 12, boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS.
Vinsonnaud (*Assurances contre les accidents*), 20, rue Scheffer, PARIS.
A. Wachonrue et A. Créange (*Fournitures générales*), 69, rue Montmartre, PARIS.



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

DU TRAITEMENT DES FRACTURES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

1° *Thèse de Paris* 1897 *de M. Camille Leblanc.*

2° *Thèse de Paris* 1898 *de M. René Potelet.*

Après une revue rapide des divers moyens de contention utilisés, M. Leblanc décrit un procédé déjà employé par Guillaume de Salicet et signalé dans sa chirurgie, article : fracture de la mandibule (Vérone, 1275 ; traduction française, Lyon, 1492).

L'auteur le modifie et le présente en ces termes :

« Nous choisissons le cas où le procédé nous semble appelé à rendre le plus de services, c'est-à-dire le cas de fracture double isolant un fragment médian.

« Nous supposerons que le blessé possède toutes ses dents et qu'elles sont solidement implantées.

« Il s'agit tout simplement de placer à chaque extrémité du fragment un fil d'argent, autour d'une dent, d'en faire autant à la mâchoire supérieure sur deux dents homologues, de rapprocher ensuite le fragment de façon qu'il s'articule très exactement avec les dents d'en haut et de réunir, deux par deux, les fils préalablement placés. »

M. Leblanc développe sa méthode, expose longuement le mode opératoire et réfute assez heureusement certaines objections qu'on a faites à son procédé. Mais il est d'autres objections qui seraient peut-être plus justifiées et qu'il est toutefois bon de formuler.

Les appareils qui prennent le maxillaire supérieur comme point d'appui et moyen de contention présentent certains inconvénients généraux, que je rappelle pour mémoire. L'appareil de Cunning, aussi bien que la méthode d'Angle et le procédé de Leblanc offrent ces désavantages, qui ne sont d'ailleurs pas assez marqués pour faire rejeter l'emploi de ces procédés de contention.

Ce sont :

1° La difficulté plus grande d'alimentation.

2° L'immobilisation de l'articulation et la raideur consécutive.

3° La difficulté de l'antisepsie si nécessaire dans les fractures compliquées.

Parmi ces méthodes à point d'appui supérieur le procédé de M. Leblanc est surtout passible de quelques objections.

L'auteur prend comme points d'attache inférieurs les dents immédiatement voisines de l'extrémité du fragment ; or ces dents, à la suite du traumatisme, sont souvent ébranlées, luxées. Si cet ébranlement n'est pas primitif et ne résulte pas directement du trauma, il est secondaire et reconnaît alors pour cause la propagation au ligament d'union du processus inflammatoire réparateur ou de l'infection, s'il y a infection.

L'auteur n'admet pas l'irritation de la muqueuse gingivale par les fils métalliques, car, dit-il, ces fils ne touchent pas la gencive. En effet, dans les schémas qu'il nous donne, sur des dents antérieures — M. Leblanc ne conseillant pas l'application de son procédé aux molaires — nous voyons le fil éloigné du bord gingival et situé presque au centre de la dent. Mais alors, de deux choses l'une : ou ce fil métallique est éloigné du collet de la dent et dans ce cas sa rétention est bien problématique, car il glissera vers le bord libre, sera même rejeté et de toute façon donnera une immobilité et une contention tout à fait illusoires ; ou ce fil sera poussé sous la gencive jusqu'au collet de la dent, qu'il enserrera fortement, comme il convient pour donner un moyen d'attache solide, et dans ce cas, nous aurons les phénomènes ordinaires de périodontite avec douleur et mobilité marquée qui caractérisent la présence d'un corps étranger sous la gencive. Les points d'attache étant mobiles, la fracture peut être considérée comme mal contenue si l'on songe que ce fragment médian, de par la pesanteur et l'action des muscles sus-hyoïdiens, est constamment attiré en bas.

M. C. Leblanc nous dit que dans un cas où, de l'un des côtés, les moyens d'attache manquaient au maxillaire supérieur, il a employé le perforateur de Chassaignac et a passé à travers le bord alvéolaire supérieur un fil qu'il a réuni au fil inférieur. Je crains bien que ce moyen ne donne pas de bien bons résultats : c'est de la suture osseuse, mais de la suture osseuse dans un os spongieux et avec communication de la plaie avec la cavité buccale, d'où infection probable.

D'autre part, dans sa fracture double, l'auteur attache le fragment médian, mais il ne maintient d'aucune façon les fragments latéraux. Il est possible que la tonicité musculaire du masseter, du ptérygoïdien interne et du temporal soit assez forte pour maintenir ces fragments elévés et s'opposer à toute déviation dans le sens vertical ; mais les déviations transversales seront-elles toujours évitées par la direction du trait de fracture habituel en biseau aux dépens de la face

interne pour les fragments postérieurs et aux dépens de la face externe pour le fragment antérieur ? M. Martin cite plusieurs cas de déviation des fragments latéraux en dehors et relate trois cas de déviation en dedans.

En résumé le procédé Guillaume de Salicet-Leblanc paraît devoir donner de moins bons résultats que la méthode d'Angle. Chacun sait en quoi consiste cette méthode : Angle applique et fixe au ciment des bandes Magill (anneaux métalliques soudés) ou des bandes à écrou au nombre de quatre — deux en haut et deux en bas — sur les dents qui par leur situation et par leur solidité d'implantation lui paraissent les plus propices au maintien de la fracture. Ces anneaux sont munis d'un bouton métallique sur leur face externe. On entoure un fil métallique autour de ces boutons et on réunit ainsi chaque dent supérieure à la dent inférieure correspondante. Le nombre des attaches peut être augmenté selon les besoins.

La méthode d'Angle a sur le procédé Leblanc les avantages suivants :

1° Adaptation plus parfaite des bandes qui sont absolument fixes.

2° Choix plus judicieux des dents points d'attache.

3° Immobilité de tous les fragments, car Angle applique aussi bien ses bandes sur les molaires que sur les autres dents.

4° Intégrité de la gencive et du ligament alvéolo-dentaire, qui ne sont plus irrités par un corps étranger.

Mais la méthode d'Angle exige des dents en assez grand nombre et favorablement placées pour l'adaptation des agrafes. Lorsque les dents sont peu nombreuses, mal placées ou insuffisamment solides, on peut employer l'appareil de Cunning.

Pour donner les bons résultats qu'on peut en attendre, la méthode de Cunning et surtout la méthode d'Angle demandent à être employées par des praticiens habiles, familiarisés avec la technique dentaire. Le procédé de M. Leblanc, au contraire, peut être utilisé par les chirurgiens ou les médecins auxquels il n'est pas possible de s'assurer le concours d'un dentiste. Etant donné sa simplicité d'éxécution, il peut, dans ces cas, rendre de grands services.

*
* *

M. René Potelet dans sa thèse ne nous donne pas une nouvelle méthode de traitement, mais il fait une étude très complète de la question.

Il résume d'une manière très claire l'anatomie et la physiologie pathologique des fractures du maxillaire inférieur. Il met en lumière une complication possible, déjà signalée par M. Billiet d'Angers : l'évolution de la dent de sagesse.

Au point de vue du traitement, il insiste sur la nécessité de l'anti-

sepsie, fait une étude critique des divers appareils employés et termine en désignant comme utiles, surtout dans les cas de fracture avec déplacement notable, les appareils de Cunning et de Martinier.

En résumé, les appareils et les méthodes de traitement des fractures du maxillaire inférieur étant très nombreux, il importe de savoir établir un choix parmi les meilleurs, en tenant compte des indications fournies par la lésion à traiter.

J'aurais fort aimé trouver dans les thèses que je viens d'étudier une classification édifiée sur des bases simples analogues à celles-ci, par exemple :

1° Dans une fracture unique avec tendance au déplacement peu marquée on pourrait employer *l'attelle interdentaire métallique.*

2° Dans les cas plus difficiles : fractures doubles ou fractures avec déplacement notable, choisir les appareils de *Kingsley*, *Martin* et de préférence *l'appareil Martinier*, qui ont l'avantage de permettre les mouvements de l'articulation, tout en exerçant une contention énergique.

3° Si ces moyens échouent, immobiliser la mâchoire inférieure sur la mâchoire supérieure au moyen de la *méthode d'Angle* de préférence au procédé Leblanc.

4° De même dans les fractures du corps voisines de l'angle de la mâchoire et dans les fractures de la branche montante et du col du condyle où l'immobilisation de l'article est indispensable employer la *méthode d'Angle.*

L'appareil de Cunning, secondé par une fronde pour maintenir le le menton, a les mêmes indications que les agrafes d'Angle, qu'il doit suppléer lorsque celles-ci sont inapplicables.

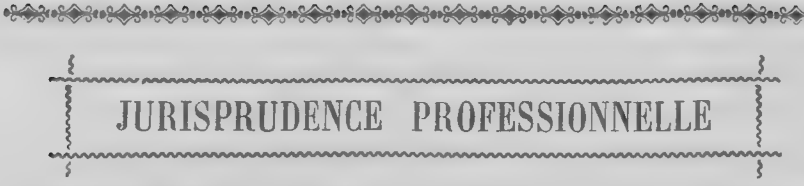
G. GROSS.

LIVRES REÇUS.

Nous avons reçu le *Manuel de thérapeutique dentaire et de matière médicale*, par M. Ch. L. Quincerot, ainsi qu'un volume intitulé *Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche*, par M. le docteur Cruet. Nous reviendrons prochainement sur ces deux publications.

UN NOUVEAU JOURNAL.

Nous apprenons la publication d'un nouveau journal dentaire américain « *The American Dentist at home and abroad* » *(Le dentiste américain chez lui et à l'étranger)*, par M. Charles R. Hambly, rédacteur en chef, et The American dental publishing Company, éditeur. Les bureaux sont situés à Bradford (Pensylvanie). C'est une revue mensuelle de 16 pages, du prix de 2 fr. 50 par an.



L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

PREUVE DE LA POSSESSION D'ÉTAT DE DENTISTE

Dans notre numéro du 30 septembre, p. 260, nous avons rapporté le jugement du Tribunal correctionnel de la Seine qui a déclaré que la preuve de la possession d'état de dentiste ne pouvait se faire qu'au moyen d'une patente, à l'exclusion de tous autres modes de preuves.

Nous apprenons que la Cour de Paris, saisie de cette importante question, a confirmé purement et simplement la décision des premiers juges.

LE DENTISTE-EXPERT

Par M. Oscar Amoedo,
Docteur en médecine de l'Université de Paris,
Professeur à l'Ecole dentaire de France.

Le dentiste-expert, comme le médecin-légiste, a une tâche si difficile, au double point de vue humanitaire et social, qu'il doit réunir en lui des qualités nombreuses et importantes.

Nous n'insistons pas sur le bagage scientifique qu'on est en droit d'exiger de lui ; il est évident qu'il doit être à la hauteur de la mission parfois si délicate qui lui est confiée. Dans la mesure de l'intelligence humaine, il devra travailler et acquérir les connaissances techniques indispensables. Sa conscience et sa probité lui imposent hautement cette obligation, à laquelle aucun homme d'honneur ne saurait se soustraire.

L'honnêteté ne nous arrêtera pas plus longtemps, car sans elle la fonction sociale disparaîtrait et perdrait toute sa valeur.

Mais nous voulons insister sur la prudence qui doit diriger tous ses actes. Et il ne s'agit pas ici seulement de sa déposition devant le tribunal, mais aussi des phases diverses de l'expertise scientifique qui doivent servir à établir ses conclusions. En un mot, ce n'est pas de la prudence extérieure que nous voulons parler, mais de la prudence intime.

Les grands philosophes du dix-septième siècle ont bien montré que parmi les causes d'erreurs, la plus commune, la principale, est la précipitation du jugement, l'intervention de la volonté dans un phénomène intellectuel. Or, c'est ici plus que jamais qu'il importe d'éviter l'erreur, car elle peut avoir des conséquences terribles.

L'expert-dentiste devra donc se présenter devant la tâche qui lui est confiée, l'esprit dégagé de tout parti pris, sa volonté pour ainsi dire, annihilée ; son intelligence seule devra être en éveil. C'est à elle de recueillir tous les indices, de voir toutes les faces du problème à résoudre, d'examiner la valeur de chacun des signes et de suspendre pendant un temps le jugement définitif.

Trop de fois dans des expertises judiciaires la négligence de ces salutaires préceptes, que les grands maîtres ont formulés avec tant d'autorité, a eu pour résultat les conséquences les plus graves. Il faut donc que, sans timidité, sans parti pris, fort de sa science, le dentiste-expert fasse son examen et établisse les conclusions que le juge lui demande, mais seulement celles-là, car en aucun cas il ne lui est permis de sortir de son domaine.

Que de choses nous aurions à dire sur ce point ; que de fois le juge a dû rappeler à son rôle un expert oublieux de ses devoirs !

Muni de ces qualités scientifiques et morales, le dentiste-expert est appelé par le juge à donner son avis sur une question.

Nous allons passer en revue les différents problèmes qu'il peut avoir à résoudre.

Un des plus fréquents est celui dans lequel il doit déterminer l'âge d'un fœtus, d'un nouveau-né. Il s'agit d'un infanticide.

Nous savons quels précieux renseignements l'examen du système dentaire peut fournir. Magitot a fait sur la même question des communications à l'Académie des sciences. Ses différentes hypothèses ont trait aux états divers dans lesquels se trouve le cadavre. Mais dans tous les cas, qu'il s'agisse d'un cadavre entier ou que celui-ci soit réduit à une portion de maxillaire, l'état des germes dentaires apporte ou bien une indication complémentaire importante, ou bien la seule preuve forte et solide de l'âge.

Harris, dans son article, *Death in its medico-legal aspects*, du *Traité de médecine légale* de Hamilton, relate un cas d'identification caractéristique à ce point de vue. Et comme les infanticides sont nombreux, l'utilité d'un dentiste-expert se fera de plus en plus sentir.

Mais dans l'appréciation même de l'âge par l'évolution des germes dentaires, l'expert ne devra pas oublier que cette évolution peut être retardée par certaines maladies (rachitisme, scrofule, etc.), que l'époque d'apparition du chapeau de dentine peut varier.

S'il s'agit, non plus d'un nouveau-né, mais d'un enfant entre 2 à 10 ans, suivant la mutilation du cadavre, l'étude de la denture

sera plus ou moins utile ; parfois elle deviendra indispensable pour déterminer l'âge.

Les dates d'éruption peuvent aussi servir de base sérieuse d'approximation. Mais dans tous les cas l'expert devra se montrer très prudent.

Les moyennes sont susceptibles, pour les cas particuliers, de nombreuses variations qui trouvent leurs causes dans l'hérédité ou dans la constitution propre du sujet.

Enfin plus tard, dans les expertises de squelettes d'adultes, l'examen de l'usure des dents peut donner des résultats utiles. Là encore l'expert devra veiller à ne pas trop resserrer les limites de ses conclusions. Si l'âge, en effet, explique en partie l'usure, le genre de nourriture, une articulation dentaire défectueuse, peuvent la produire beaucoup plus tôt et le dentiste qui ne tiendrait pas compte de ce fait s'exposerait à de graves mécomptes.

D'autre part, la connaissance des anomalies dentaires lui permettra souvent de faire d'utiles remarques et d'arriver à la solution du problème.

Si nous examinons la pathologie dentaire nous voyons quel vaste champ d'observations s'ouvre devant l'expert. La connaissance de la pathogénie et de l'étiologie des érosions lui indiquera d'une façon plus ou moins certaine les affections soit héréditaires, soit acquises qui ont atteint le sujet.

Les lésions professionnelles le serviront utilement dans les recherches concernant l'identité, et ce que nous avons dit à ce sujet plus haut lui suffira, dans la plupart des cas, pour résoudre le problème cherché.

Il n'est pas jusqu'aux habitudes particulières du sujet (usage du tabac à fumer, droiterie et gaucherie) sur lesquelles l'examen des dents ne puisse donner d'utiles renseignements.

Nous citerons l'observation de ce banquier de Saint-Pétersbourg dont l'assassin fut arrêté par le seul examen des empreintes marquées par les dents sur un porte-cigares.

La lecture des nombreuses observations que nous rapportons [1] suffira d'ailleurs pour montrer les diverses applications qu'un dentiste-expert peut faire des renseignements techniques exposés plus haut.

Sans insister davantage et pour résumer le rôle de l'expert-dentiste dans tout ce que l'examen de la denture peut fournir d'utile et que nous avons étudié, rappelons ces paroles de notre maître, M. le professeur Brouardel, dans son introduction au Traité d'anatomie dentaire de Decaudin et Dumontporcelet :

« Qu'il s'agisse, dit-il, d'établir l'identité d'un cadavre, l'âge d'un

1. « L'art dentaire en médecine légale »

individu pendant sa vie ou après sa mort, il n'est pas d'indications plus précises que celles fournies par l'état de la dentition.

» Alors que la putréfaction a fait disparaître tous les caractères extérieurs, les dents persistent et l'on peut trouver jusque dans les germes des dents temporaires ou permanentes et leur calcification des signes précieux. »

L'autorité d'un pareil maître nous dispense de tout commentaire. Heureux serions-nous si nous avions contribué quelque peu, pour notre part, à la diffusion de ces connaissances parmi nos confrères et parmi les médecins-légistes.



Documents Professionnels

Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs et nous nous tenons à la disposition des divers GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désirent porter à la connaissance du public professionnel.*

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900.

Nous publions à part à la fin du numéro, sous la forme d'un Bulletin spécial, les communications que nous a fait parvenir M. le Secrétaire Général du Comité provisoire.

CONGRÈS DENTAIRE DE 1899.

ASSOCIATION
DES
DENTISTES
du Nord-Ouest de la France
—
SIÈGE SOCIAL
54, *RUE DU CHATEAU*
BREST
—

Brest, le 16 février 1899.

Monsieur le Directeur de *L'Odontologie.*

Monsieur le Directeur,

Le Comité de l'Association des dentistes du Nord-Ouest de France a décidé de prendre une part active au Congrès dentaire qui doit avoir lieu à Nantes au mois d'août prochain ; tout le bureau se mettra à la disposition du Comité local que l'on organisera prochainement, m'a-t-on dit, dans cette ville bretonne, si commodément située pour offrir le plus gracieux centre de réunion.

Je suis heureux de vous annoncer cette décision de notre Comité, Monsieur le directeur, en vous priant de la communiquer au Comité central de Paris. Permettez moi de profiter de l'occasion pour jeter avec vous un regard approbateur et ravi sur le choix de l'endroit et les avantages de ces réunions toutes de confraternité.

On aurait pu, peut-être, amener bon nombre de visiteurs à la rade de Brest, à ses côtes pittoresques, à cette cité aux environs quelque peu bretonnants encore ; certes, la ville ne manque ni de curiosités

ni de charmes et ses alentours tranquilles sous le ciel gris de Bretagne sont faites exprès pour distraire la pensée des travaux de notre profession. L'œil se repose agréablement sur les landes parfumées et l'esprit se délasse à la fraîcheur d'une promenade au bord des grèves, en pleine mer.

Mais, il faut, pour goûter ces plaisirs calmes, y venir pour s'y reposer en famille, en voyage de vacances et non pour y travailler ensemble au succès du 5e Congrès Dentaire National.

Du reste Nantes offre tout le mouvement commercial et industriel de la grande ville avec son usine d'Indret, ses chantiers de construction, ses importantes raffineries, son commerce avec l'Amérique et ses ports avoisinants : Saint-Nazaire, Paimbœuf, etc ; et tous les agréments des ravissantes excursions sur le fleuve bordé de verdoyantes prairies et semé d'îles nombreuses où l'on pourrait faire étape entre les heures de conférence.

Aussi, les dentistes de France viendront plus vite à Nantes que partout ailleurs, je l'espère du moins, dans cette Bretagne si hospitalière à l'étranger, où un sourire de bienvenue éclaire toujours le visage taciturne du Breton quand il s'agit de recevoir des visiteurs ; ils seront sûrs de trouver près de nos confrères nantais le bon accueil qu'ils ont trouvé déjà dans les diverses villes de France.

Or, quel est le but de ces réunions annuelles sinon d'attirer le plus grand nombre de nos confrères pour se mieux connaître et se mieux apprécier, s'estimer davantage et par cela même faire disparaître ces mesquineries, ces malentendus qui si souvent nuisent aux bons rapports des confrères entre eux ? Les dentistes de toutes les villes de France, se rencontrant à Nantes, chez ce peuple breton solidaire par excellence, se tendront la main en frères, heureux de se voir, de se reposer un instant et de causer ensemble des affaires professionnelles.

On discutera les idées connues, on en apportera de nouvelles et chacun apportant sa part, l'union augmentera la force de tous.

La profession dentaire sera ainsi rehaussée par ses membres eux-mêmes accourus de toutes les parties de la France, comme elle l'a déjà été chaque fois par les Congrès précédents de Bordeaux, de Nancy, de Paris et de Lyon, et le Congrès de Nantes sera un nouveau succès professionnel, puisqu'il aura produit quelques progrès dans l'art dentaire, ou un peu d'union parmi les dentistes, du moins je le crois.

A bientôt donc ! Veuillez agréer, Monsieur le directeur, l'assurance de mon parfait dévouement.

Adolphe HÉLOT.



Chronique professionnelle

Sous cette rubrique L'Odontologie *se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle. Toutefois le Comité de rédaction se réserve le droit de supprimer toute expression ou toute appréciation de nature à provoquer des polémiques personnelles.*

QUELQUES MOTS SUR LES EXPERTISES

L'article publié par M. Francis Jean sur les expertises dentaires a provoqué un échange de vues des plus intéressants, et, à voir l'empressement de nos confrères à faire connaître leur opinion sur la matière, on peut juger que cette question les passionne quelque peu. Nous voulons, à notre tour, présenter quelques réflexions sur un point particulier qui a été soulevé à propos de ce débat.

De l'expertise proprement dite nous n'avons rien à dire si ce n'est qu'il est bien difficile de contenter les deux parties en présence, quel que soit le procédé employé pour la constitution du jury et que, suivant nous, ce sont les comités d'arbitrage et les jurys formés par les Syndicats professionnels qui offrent le plus de garanties.

Le point sur lequel nous voulons appeler l'attention de nos confrères, c'est le mode de taxation des honoraires. Cette question a été déjà l'objet d'une vive polémique, et, il y a quelque 20 ans, un membre de notre profession, M. Stevens, avait déjà, je m'en souviens, proposé dans le *Progrès dentaire* un tarif qui ne pouvait donner satisfaction à tous à cause de la différence des bases sur lesquelles il reposait ; il ne fut pas adopé.

La question a été reprise bien souvent depuis et sans plus de succès, notamment dans quelques-unes de nos sociétés professionnelles provinciales. C'est en vain, il faut bien le dire, qu'on chercherait à appliquer un tarif uniforme dans tous les cas, parce qu'il faut tenir compte de beaucoup d'éléments importants qui influent précisément sur le montant des honoraires des praticiens : la ville qu'il habite, le quartier où il exerce, le genre de population qui lui demande des soins, l'installation de son appartement et de son cabinet, ses titres scientifiques ou professionnels, et autres encore.

Mais si l'on ne peut pas songer à un tarif uniforme, on peut trouver un mode de *taxation* uniforme, et nous pensons que c'est là-dessus que les sociétés pourraient se mettre d'accord.

En effet, si les honoraires sont variables, les opérations sont les

mêmes chez tous les dentistes et se résument à peu près ainsi : consultations, examen de la bouche, nettoyages, séances de traitement, obturations diverses, aurifications, extractions avec ou sans anesthésie générale et locale, redressements, appareils de redressement et de prothèse. Il suffirait donc d'appliquer à chacune de ces catégories d'opérations une unité de prix représentée par un x, en convenant que, pour telle opération, cet x sera multiplié par un coefficient, sur le choix duquel il suffirait de se mettre d'accord.

Exemples :

Consultation 1 x.

Examen de la bouche 1 x.

Séance de traitement 1 x.

Obturation simple 1 x.

— compliquée n x (nombre d'x à déterminer suivant le nombre de canaux à obturer par exemple ou la nature de la complication).

Aurification simple 2 x.

— compliquée 3 x, 4 x, 5 x ou plus (même observation que pour l'obturation compliquée).

Nettoyage 1 x.

Redressement... nombre de x à fixer d'après le nombre de dents redressées ou les difficultés du redressement. De même pour les appareils de prothèse, etc., etc.

En cas d'expertise on remplacerait x par l'unité de prix en usage chez le confrère en question, et que l'on peut toujours contrôler par l'examen des livres. Cette unité est par exemple de 5 fr. chez M. Y., 10 fr. chez M. Z., 15 fr. chez M. A., 20 fr. chez M. B. On pourrait toujours ainsi déterminer si la note d'honoraires est raisonnable ou majorée. J'ajoute que les Syndicats professionnels, dont j'ai déjà parlé et qui, malgré ce qu'on a dit, représentent le mieux, suivant moi, avec le plus d'indépendance et d'impartialité, je le répète, les intérêts professionnels dans les questions d'arbitrage et d'expertise, n'auraient qu'à compléter ce tableau pour le rendre pratique et d'un usage courant. Cela pourrait faire l'objet d'un très utile débat au prochain Congrès dentaire national à Nantes, cette année.

C. G.



NÉCROLOGIE

Mme CLASER

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort de Madame Claser, femme de notre ami Auguste Claser, ancien Président et l'un des cinq fondateurs du Cercle des dentistes. Nous lui adressons l'expression de notre sympathie et de nos vifs sentiments de condoléance.

Mme BAYE

Nous apprenons également la mort de Madame Baye, mère de notre confrère Baye, l'un des plus anciens diplômés de l'Ecole Dentaire de Paris et membre de l'Association générale des Dentistes de France.

Nous lui exprimons nos sentiments de sympathique condoléance.



VARIA

Chez le dentiste.

L'opérateur, en train de tailler la gencive d'un client pour retrouver un fragment de racine :

— C'est curieux, je ne sens rien...

Le patient, ironique malgré la torture :

— Vous êtes bien heureux !

Le Masque de Fer. *(Figaro).*

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 **A CÉDER** pour cause d'accident dans le travail **Cabinet dentaire** dans préfecture du centre, affaires 35.000 fr. Allant toujours en augmentant. Installation splendide. A traiter avec peu de comptant. On restera avec l'acquéreur à volonté. Voir pour tous renseignements M. Sola, 126, boul. Voltaire de 9 h. à 2 h. où fixer rendez-vous. (136-1)

---

2 **BON MÉCANICIEN** ayant obtenu en *Belgique* son *diplôme de chirurgien-dentiste* cherche emploi dans maison sérieuse. S'adresser : M. Louis Hirsch, chez M. Fürst, 17, Galerie de la Reine, Bruxelles (27626). (135-1)

---

3 **DENTISTE AMÉRICAIN**, gradué du Collège dentaire de *Philadelphie*, spécialité en *Crown and Bridge Work*, possédant les meilleures références, désire une place d'opérateur. honoraires 200 francs par semaine. S'adresser au Dr A. Chiavaro, Gen. del. Philadelphie, Pa. (134-1)

---

4 **A VENDRE A PARIS** : Cabinet fondé depuis plus de 10 ans, près d'une gare. *Consultations 3 jours par semaine*, affaires de 5 à 7.000 fr. prouvés par comptabilité. Loyer 1.200 fr. Bail. Prix 6.000 fr. *Pourrait être réuni avec le cabinet suivant.* Pour renseignements s'adresser au secrétariat de l'Ecole. (133-2)

---

5 **A VENDRE AUX ENVIRONS DE PARIS**, ligne de l'*Est*, Cabinet fondé depuis 9 ans, conviendrait à dentiste pouvant disposer de *3 matinées par semaine* (9 h. à midi). Affaires de 6 à 7.000 fr. prouvées par comptabilité. Loyer 200 fr. Bail. Prix 7.000 fr. *Pourrait être réuni avec le cabinet ci-dessus.* Pour renseignements s'adresser au secrétariat de l'Ecole. (132-2)

---

6 On demande un **OPÉRATEUR** très expérimenté sur l'aurification et le *crown and bridge work*, ainsi qu'un **CHEF DE PROTHÈSE** de premier ordre, large rémunération. S'adresser, 15, rue du Pont-Neuf, Paris. (130-3)

---

7 **A CÉDER** pour cause de santé, dans une station d'hiver, un cabinet dentaire d'un rapport de 8 à 10.000 francs. *Conditions très avantageuses.* S'adresser à H. V. aux soins de M. Ed. Papot, 67, rue St-Lazare, Paris. (129-3)

---

8 **CABINET A CÉDER DE SUITE**, affaires 12.000 francs par an. Toutes facilités de payement. Ecrire Saillard, rue Carnot, Châlons-sur-Marne. (127-4)

---

9 **A CÉDER** bon cabinet dans une sous-préfecture de l'Est : Loyer 400 fr. Recettes 10.000 fr. Prix 3.000 fr. S'adresser à M. Julien, à Lignières, par Villotte (Meuse). (124-4)

---

10 **On demande** des **JEUNES MÉCANICIENS** ayant fait un très bon apprentissage. Se présenter de 11 heures à midi chez M. Platschick, 3, Rue Ventadour, Paris. (123-4)

---

11 **UN CHIRURGIEN-DENTISTE,** D. E. D. P., désire acquérir dans un centre de la province un cabinet faisant de 20 à 30.000 fr. d'affaires. S'adresser à M. Papot, 67, rue St-Lazare, Paris. (120-6)

---

12 **DOCTEUR EN MÉDECINE** demande emploi quelconque dans Ecole dentaire, clinique ou comme assistant d'un dentiste. — Conditions à débattre. Ecrire à M. E. Bonnard, 46, rue Lafayette, Paris. (105-15)





La photographie des Congressistes de Lyon.

En donnant dans le numéro du 15 décembre 1898 la reproduction de la photographie prise à l'Ecole de médecine de Lyon, nous avons laissé en blanc les noms des Congressistes qui ne nous étaient pas personnellement connus. Nous donnons ci-dessous les noms qui nous sont parvenus depuis :

28 MM. Bonin, La Mulatière (Rhône).
32 Adnot, Marseille.
34 Champagne, Paris.
40 Laufer René, sténographe.
55 Andina, Genève.
68 Schwartz Albert, Strasbourg.

Il nous reste à donner les noms des Congressistes portés sous les numéros 33, 57, 63, 94, que nous nous ferons un plaisir d'indiquer, si l'on veut bien nous les faire connaître.

Exposition universelle de 1900.

Instruments et appareils de chirurgie; *classe* 16. — Le comité de la classe 16, qui a pour domaine les appareils et instruments de chirurgie, fait un appel qui sera entendu, non seulement des fabricants, mais encore des collectionneurs d'anciens modèles d'instruments, des conservateurs des musées des écoles et des facultés, et de tous ceux qui, par profession, ou par goût, ont réuni ou collectionné, sous cette forme effective, les documents de l'historique si brillant de la chirurgie française et étrangère. Il en restera, après l'Exposition, un document historique et scientifique qui constituera, par lui-même, un remarquable enseignement pour la chirurgie générale, les appareils prothétiques, l'ophtalmologie, l'orthopédie et le matériel opératoire dans son ensemble. Des diplômes commémoratifs seront, il convient de le rappeler, décernés aux personnes qui auront prêté leur concours pour les expositions rétrospectives.

Congrès odontologique suisse.

Le Congrès odontologique Suisse de 1899 aura lieu à Lucerne les 6, 7 et 8 mai.

Les dentistes de la République argentine.

La République argentine compte un institut dentaire et 134 dentistes pour 4 millions et demi d'habitants.

Les dentistes en Russie.

Suivant une statistique officielle récente on compte en Russie 245 médecins-dentistes et 1080 mécaniciens-dentistes.

Les étudiants a Philadelphie.

On compte à Philadelphie 4,223 étudiants, dont 1,221 en dentisterie

Un dentier bien payé.

Le dentier le plus cher du monde appartient, paraît-il, au Nizam de Hydérabad ; il a été confectionné par un dentiste de Madras, auquel il a été payé 17.500 fr. Il comprend toute une série de dents.

Une dent pneumatique.

Un Brésilien vient de faire breveter une dent artificielle creuse pourvue d'un côté, d'une soupape au travers de laquelle l'air est chassé de façon à ce que la dent adhère au maxillaire quand elle a été adaptée à la gencive.

Éruption tardive.

Une Américaine, âgée de 63 ans, vient d'avoir quatre dents nouvelles complètement développées. Elle est restée sans dents pendant 26 ans.

Assurances contre les accidents corporels de toutes natures résultant de traumatismes.

Tous les membres de l'Association générale des dentistes de France s'assurant par l'entremise de l'Association et par les soins de *M. T. Vinsonnaud*, officier supérieur d'administration en retraite, chevalier de la Légion d'honneur, 20, rue Scheffer, à Paris, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* », profitent des avantages suivants :

1re annuité, réduction de 7 o/o à l'intéressé ;

— versement de 3 o/o à la caisse de secours de l'Association.

Soit. . . . 10 o/o.

Conformément à l'avis ci-dessus, *M. T. Vinsonnaud*, a versé les sommes suivantes à M. Rollin, Trésorier de l'Association générale, pour montant des 3 o/o de la première année des assurances contractées par son ntermédiaire à la Compagnie *La Foncière-Transports-Accidents* par les membres de l'Association :

	Primes payées	3 o/o
De novembre 1897 à septembre 1898......	3.502.25	105,05
De septembre 1898 au 16 février 1899.....	368.80	11.10
Totaux.......	3.871.05	116.15

BULLETIN

DU COMITÉ D'ORGANISATION DU

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900

L'organisation de notre Congrès avance et prend bonne tournure. De tous côtés des lettres sont venues répondre à notre appel et beaucoup d'autres réponses nous sont promises. Dans une prochaine séance du Comité, le règlement sera adopté et aussitôt nous le ferons parvenir à tous les intéressés, ainsi que la liste définitive du Comité d'organisation.

Les Sociétés dentaires françaises ont, presque toutes, adhéré à notre invitation.

On sait que le Comité d'organisation avait été constitué par les deux groupements de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Ecole dentaire de France, comprenant chacun une Société scientifique, une Association professionnelle, et la Société de l'Ecole proprement dite.

Depuis cette époque le Syndicat des Chirurgiens dentistes de France et l'American dental club of Paris nous ont envoyé des délégués, ainsi que le Syndicat des dentistes patentés.

Les diverses Sociétés de province ont également toutes répondu à notre lettre et nous ont déjà, pour la plupart, fait connaître leurs délégués.

Citons l'Association des Dentistes du Nord-Ouest de la France, l'Association des Dentistes du Rhône et de la région, le Syndicat des Dentistes du Nord et du Pas-de-Calais, la Société des Dentistes du Sud-Ouest, la Société des Dentistes du Sud-Est.

Dans une prochaine séance de notre Comité, la nomination de ces délégués sera examinée et validée, et nous ferons connaître la liste complète des membres du Comité d'organisation, qui s'élève à soixante environ.

Nous n'aurons garde d'oublier M. Lecaudey, nommé président honoraire, comme il le fut déjà en 1889.

Nous attirons l'attention sur ce point que *neuf* sociétés de Paris et *cinq* sociétés de province, c'est-à-dire l'unanimité presque absolue des groupements professionnels français, ont tenu à se faire représenter à la grande réunion internationale de 1900 et à apporter à cette œuvre leur appui, leur influence et leur bonne volonté.

Cette unanimité nous fait bien augurer du Congrès dentaire international de 1900, et nous sommes certains que son succès est assuré d'avance, en présence de la concorde et de l'union qui ont, jusqu'ici, guidé les diverses sociétés dentaires existant actuellement en France.

Disons enfin que la sanction officielle des pouvoirs publics vient couronner les efforts du Comité et mettre notre Congrès au rang de ceux qui se tiendront officiellement à Paris pendant l'Exposition, ce qui fera bénéficier nos adhérents des avantages offerts aux congrès officiels.

L'accueil fait en Europe nous donne de bonnes espérances, ainsi que nous le prouvent les lettres pleines de promesses que nous recevons tous les jours. Nous avons déjà un grand nombre de membres nommés comme délégués pour représenter leurs Sociétés.

Nous avons reçu en Allemagne, en Angleterre, en Autriche-Hongrie, en Espagne, en Hollande, en Luxembourg, en Norwège, en Suède, en Suisse, un excellent accueil et, dans quelque temps, nous publierons la liste des Sociétés qui adhèrent jusqu'ici. Disons toutefois que plusieurs Sociétés ne se réunissant qu'une fois par an, n'ont pu encore nommer leurs délégués.

L'accueil fait en Amérique est absolument digne de ce grand pays, si important par le nombre des groupements dentaires, des écoles et des journaux.

On sait que, dans une réunion tenue à Omaha, l'Association dentaire nationale a nommé un grand Comité chargé de s'aboucher avec le nôtre et a élu comme président de ce Comité M. A. W. Harlan, le distingué secrétaire général du Congrès dentaire international de Chicago. Ce comité doit, à l'heure actuelle, s'être réuni à Cincinnati afin de prendre toutes les dispositions pour la représentation de chaque société d'Etat, de chaque collège dentaire, etc. à notre Congrès.

Nous sommes en communication également avec les différentes sociétés odontologiques des Etats-Unis, avec le Mexique et un grand nombre d'autres pays.

Ainsi que nous venons de le voir rapidement, on sent que l'heure du Congrès dentaire international de 1900 approche de jour en jour; des lettres bienveillantes reçues de tous les points du monde sont un encouragement précieux pour les membres du Comité d'organisation.

Bientôt nous allons entrer dans la phase de préparation active du

Congrès et nous serons heureux d'avoir de nos confrères tous les renseignements utiles pour mener à bien cette réunion destinée à marquer une date dans les annales de notre profession.

Le Comité d'organisation fera tous ses efforts pour que cette Assemblée soit digne de la valeur des membres qui y prendront part et de la grande année de l'Exposition.

Il espère que les dentistes français et les dentistes étrangers qui feront le sacrifice de leur temps, de leur voyage, de leur dérangement, trouveront à Paris un accueil empressé et cordial qui les dédommagera de leur peine ; mais pour arriver à ce résultat, il est nécessaire que les efforts de tous viennent collaborer à l'œuvre commune et que, sans distinction de ville, de pays, sans rivalité de groupes, on pratique largement une union de forces profitable au progrès des intérêts professionnels, comme le disait si bien notre éminent confrère d'Amérique, le Dr Kirk, dans son excellent article du numéro de janvier du *Dental Cosmos*.

Nous adressons ce nouvel appel aux dentistes parisiens, aux dentistes de province et aux dentistes étrangers.

Que, dans la vie courante, nous ayons les uns et les autres plus d'affinité, plus de sympathie pour tel ou tel groupe, pour telle ou telle société, cela est impossible à empêcher, a toujours existé et existera toujours.

De même que, dans une grande ville, les ingénieurs qui ont passé par la même école ont plaisir à se réunir ensemble, de même également les dentistes qui ont fait leurs études suivant telle méthode et dans tel milieu sont forcément appelés à trouver plus de plaisir dans la société de ceux qui ont passé par le même enseignement et la même filière. Ils auront l'un pour l'autre plus de sympathie, plus d'attraction que deux hommes ayant reçu une éducation dissemblable ; mais si ceux-ci oublient leur origine, s'ils causent de choses générales et s'ils recherchent un même but louable, par exemple le meilleur enseignement pour notre profession, ils s'entendront également et rechercheront leur société réciproque. Notons toutefois qu'il est nécessaire que ces deux hommes méritent leur estime réciproque, c'est à dire soient deux confrères exerçant légalement et honorablement leur profession.

Faisons donc les uns et les autres dans cette circonstance spéciale abstraction des petites questions de clocher, de sociétés, de groupements, et travaillons en commun pour le bien de notre profession et de nos malades.

Nous ne chercherons pas à démontrer, ce qui est évident, que l'intérêt particulier commande de faire partie de ces grandes réunions internationales où chacun, voyant opérer les maîtres les plus remarquables en telle ou telle partie de notre art, apprend forcément

quelque chose dont il tire profit pour lui-même. Il ne faut pas non plus se proposer, comme but principal, de mettre en avant la société ou le groupe auquel on appartient ; c'est plus haut qu'il faut voir. Il faut que les dentistes français comprennent que la réception qu'ils préparent à leurs confrères étrangers doit être digne de notre nation et montre quel pas a franchi l'art dentaire dans notre pays depuis le dernier Congrès, qui était aussi le premier Congrès dentaire international, tenu à Paris en 1889.

Quant à nos confrères étrangers, nous leur demandons avec leur indulgence leur appui précieux pour cette œuvre internationale et uniquement professionnelle.

Nous remercions la presse en général du concours qu'elle nous a jusqu'ici prêté pour cette œuvre et nous comptons sur elle pour nous aider dans notre travail, ainsi que sur toutes les bonnes volontés, d'où qu'elles viennent. Nous remercions plus particulièrement le directeur du *Dental Cosmos* pour l'éloquent plaidoyer qu'il vient de faire paraître en faveur du Congrès et qui a si bien montré quel doit en être le but et quels résultats on doit en attendre.

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900

Sous ce titre on lit dans le *Dental Cosmos* :

L'Association dentaire nationale, lors de sa réunion à Omaha, a nommé un comité chargé d'organiser la représentation des dentistes américains au Congrès de Paris, et la profession en Amérique est, par suite de cette nomination, officiellement engagée à contribuer au mouvement qui tend à assurer le succès de ce congrès. On considère comme certain que la mesure de la Société nationale à cet égard sera unanimement approuvée pour cette raison qu'un congrès dentaire international est une réunion à laquelle personne ne doit s'abstenir de participer et dont les résultats sont avantageux à toute la profession dans le monde entier. L'invitation adressée aux dentistes américains de prendre part à un congrès de ce genre et d'y être convenablement représentés est toujours bien accueillie, parce que c'est en Amérique que la dentisterie fait ses progrès les plus actifs et que les méthodes américaines ont influé le plus profondément sur le développement de la dentisterie, deux faits dont les praticiens américains sont naturellement fiers et qu'ils sont toujours heureux de mettre en relief.

Une assemblée internationale fournit cette occasion et il n'est pas douteux qu'on en profitera. Nous sommes moins préoccupés de la représentation des dentistes américains au Congrès de Paris, que de la façon dont ils seront représentés. Les grandes circonstances entraînent

toujours une grande responsabilité, et notre expérience en cette matière doit nous apprendre non seulement à accepter celle-ci, mais à éviter les résultats fâcheux des erreurs passées.

Parmi les nombreux résultats que doit donner la tenue d'un congrès dentaire international, il y en a deux qui sont les suivants : celui-ci doit montrer le maximum de progrès de la science et de l'art dentaires au moment de sa réunion et exercer une influence bienfaisante sur la profession dans la plus large acception du mot, en permettant le libre échange des meilleures idées sur les questions relatives à notre spécialité. Ces résultats ont-ils été atteints en totalité dans les congrès tenus antérieurement ? S'il en est résulté beaucoup de bien, il y avait une large place pour du mieux. Un des graves inconvénients du Congrès de Chicago en 1893, c'est que la dentisterie du monde n'y était pas représentée comme il le fallait. La circonstance qui a fait s'abstenir l'Association dentaire britannique d'y participer officiellement était fort regrettable et, quoiqu'il ne fût pas possible de réparer l'erreur, celle-ci était due à des causes qu'on aurait pu éviter et qui s'opposaient à une intelligence réciproque plus complète de la situation nationale et de nos rapports internationaux en dentisterie, qui nous fait encore défaut maintenant.

Une grande partie des critiques et du mécontentement exprimés parfois par la profession en Amérique et celle des autres pays provient du besoin d'une meilleure intelligence réciproque de la situation et des méthodes existantes. Comme c'est le but d'un congrès international de fournir des occasions de cette nature, il doit être du devoir de ceux qui s'en chargent de s'assurer que la profession de leur pays est bien et non mal représentée.

Un évènement de ce genre est au-dessus des intérêts individuels et ceux-ci doivent dès lors céder le pas à l'intérêt général. En examinant la liste des membres qui composent le Comité d'organisation en France, on peut voir que toute la profession de ce pays est à la tête du mouvement. Les différences d'origine ont été mises de côté et il en est résulté une union de forces profitable au progrès des intérêts professionnels. Il faut que le même esprit anime ceux qui assumeront la tâche de représenter à Paris la dentisterie américaine. Le Comité doit avoir pleins pouvoirs et employer ces pouvoirs à écarter tout ce qui ne contribuera pas à atteindre ce but ou qui ne représente pas le mieux cette dentisterie. Le farceur, l'empirique, le charlatan et l'individu qui, avec le courage de son ignorance, prétend avoir découvert un principe qui bouleverse l'ordre de la nature dans son champ spécial d'observation, sont des gens à laisser de côté.

Le Congrès de Paris fournira l'occasion d'échanger et d'étudier des idées en matière d'enseignement dentaire. En Europe on ne comprend pas nettement notre système d'enseignement et nous, nous ne comprenons pas bien celui de l'Europe. La réglementation de l'enseignement dentaire chez nous et les méthodes qui servent à former des praticiens ont un intérêt vital et il convient de s'efforcer de les rendre intelligibles à nos confrères d'Europe. Si le problème de l'enseignement dentaire est un élément principal du congrès, il en résultera beaucoup de bien

pour tous ceux qui y seront engagés, car chacun peut apprendre beaucoup de l'autre, et il conviendrait d'introduire plus d'harmonie dans nos systèmes d'enseignement et d'éviter beaucoup des chocs dus aux différences qui existent actuellement.

Si nous voulons profiter de l'occasion et soutenir ce qui a été dit souvent si inconsidérément que la *dentisterie américaine dirige le monde* en présentant au Congrès de Paris des preuves à cet effet, il faut commencer dès maintenant notre travail de préparation. Le temps qui nous reste doit nous permettre de nous livrer aux études et aux recherches de nature à donner des résultats dignes de cette réunion et n'est pas plus long qu'il ne faut pour assurer une exposition convenable des progrès dentaires en Amérique et reconnaître comme il convient le vif intérêt que nos confrères français avaient manifesté pour le succès du Congrès dentaire de Chicago en 1893.

Dans sa réunion du 23 décembre dernier le Cercle odontologique de Catalogne a nommé une commission de 3 membres (MM. Trallero, Damians et Costa) pour se mettre en rapports avec le comité d'organisation du Congrès dentaire international de 1900.

DERNIÈRE HEURE

Nomination.

M. Jeay, démonstrateur de clinique d'anesthésie vient d'être nommé, aprés un brillant concours, chef de clinique d'anesthésie à l'Ecole Dentaire de Paris.

Conférence en Belgique.

M. le Docteur Maurice Roy, professeur à l'École Dentaire de Paris, vient, sur la demande de l'Association Générale des Dentistes de Belgique, d'être délégué par le Conseil de Direction de cette École pour faire une conférence qui aura lieu le samedi 25 février, à Bruxelles, sur *l'Evolution de l'Art Dentaire en France.* Nous en rendrons compte dans un prochain numéro.

Concours.

Des concours pour les postes suivants auront lieu à l'Ecole Dentaire de Paris :

26 mars. Deux chefs de clinique.
30 avril. Un professeur suppléant d'anatomie dentaire.
id. Un professeur suppléant de clinique de prothèse.

AVIS

Les adresses imprimées de nos abonnés et les précautions prises pour leur assurer une distribution régulière nous permettent de garantir la remise à la poste de tout le service du Journal. Malgré cela, il nous arrive chaque quinzaine quelques réclamations de numéros non parvenus à destination.

L'administration de *L'Odontologie* décline à ce sujet toute responsabilité; elle se tient cependant à la disposition de ses correspondants pour leur envoyer un nouvel exemplaire, s'il est réclamé dans le délai d'un mois.

19e ANNÉE. N° 5 15 MARS 1899 IIe SÉRIE. VOL. VIII.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

L'Odontologie paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme un volume à la fin de chaque semestre.

Chacun des articles publiés dans *L'Odontologie* peut être détaché séparément et classé dans des chemises bibliographiques spéciales.

Ce numéro contient 44 pages de texte et 3 figures.

BULLETIN

L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS ET LES ENCOURAGEMENTS DE L'ÉTAT

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro qu'il a été alloué une subvention de 30.000 francs à la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris par une décision ministérielle en date du 28 janvier 1899. Nous revenons aujourd'hui sur cette manifestation des pouvoirs publics à l'égard de notre Ecole, car elle constitue la phase ultime d'une série d'encouragements que l'Etat nous a donnés sous différentes formes et qui sont des témoignages de sympathie et d'intérêt bien précieux, en même temps que des stimulants en faveur de l'œuvre que nous avons entreprise et que nous avons la satisfaction d'avoir amenée à un point de prospérité inattendu.

Le premier en date de ces encouragements, après les subventions de la ville de Paris et du département de la Seine, est la médaille d'or accordée à l'Ecole par le

Ministère du Commerce en 1887 pour l'excellence de son enseignement technique et professionnel. Puis vient en 1892 la reconnaissance d'utilité publique, qui vaut à notre institution la personnalité civile avec les droits et les avantages qui en résultent. Deux ans plus tard, c'est la Commission du budget qui repousse les crédits demandés par l'Administration pour la création et l'organisation de l'enseignement dentaire dans les Facultés, en invoquant cet argument topique qu'il n'y a nulle raison d'enlever à l'initiative privée la mission dont elle s'est chargée et dont elle s'acquitte si bien, pour la confier à l'Etat qui n'y est point préparé et qui ne s'en acquitterait sûrement pas de même.

Ensuite le Ministère de l'Instruction publique, par le décret de 1894, prononce la validité des inscriptions délivrées par l'Ecole dentaire de Paris en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste, consacrant ainsi officiellement l'enseignement qu'elle donne et la signalant par cela même aux étudiants en dentisterie. Enfin, au commencement de cette année, lorsque l'établissement compte vingt années d'existence, lorsqu'il a parcouru un cycle de succès ininterrompus, lorsqu'il a subi des transformations diverses et lorsqu'il s'est assuré une installation matérielle digne de l'art dentaire français et de la corporation qui l'exerce, vient l'allocation que nous signalions en commençant.

On sait que c'est principalement par voie de subventions en argent que l'Etat encourage les œuvres, les entreprises, les établissements et les institutions qui rendent des services publics et qui méritent son intérêt. Ces subventions, de quotité fort variable, sont très recherchées et difficilement accordées, car l'Etat en bon ménager des deniers publics en cette matière, *ne les distribue qu'à bon escient, après de longues enquêtes, après un passé irréprochable et une gestion efficace, et s'il y a mérite réel de la part des socié-*

tés ou des individualités qui les sollicitent. Pour consentir au profit de l'Ecole dentaire de Paris un sacrifice aussi considérable, il faut que l'Etat l'ait jugée bien digne d'être encouragée, d'être appuyée. Il savait qu'elle s'était imposé des dépenses énormes pour posséder enfin un immeuble où tous ses services fussent à leur aise, où l'enseignement pût être donné facilement et largement, où les cliniques pussent fonctionner sur une vaste échelle et surtout où chaque jour de très nombreux malades pussent recevoir gratuitement *les soins de bouche qui ne sont donnés nulle part sans payement d'honoraires. Les hôpitaux soignent, traitent, logent et nourrissent les patients sans réclamer d'eux aucune rémunération, et l'Etat subventionne les hôpitaux. Il n'était que juste qu'il en fît autant pour un* hôpital dentaire, *appartenant à une association professionnelle, qui ne dispose pas d'une dotation et d'une fortune comme l'Assistance publique, car, à l'encontre de ce qui se passe en Angleterre, le public riche n'a pas encore pris chez nous l'habitude de contribuer par des dons et des souscriptions volontaires à la fondation et à l'entretien des écoles dentaires.*

La subvention que l'Etat nous a généreusement accordée nous impose de nouveaux devoirs, entre autres ceux de rester un établissement d'enseignement modèle, de marcher à l'avant-garde du progrès et de continuer à observer les principes de solidarité et de moralité professionnelles qui ont toujours guidé notre ligne de conduite. Nous avons su mériter un don de 30.000 francs de l'Etat; efforçons-nous, en demeurant ce que nous sommes, de conserver l'estime et l'appui des pouvoirs publics.

G. VIAU.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1899

MM. **Lemerle**, ✿, *président*.
Dr **Sauvez**, *vice-président*.
L. Richard-Chauvin, ✿, *vice-présid.*

MM. **Choquet**, *secrétaire général*.
Jeay, *secrétaire des séances*.
Dr **Pitsch**, *secrétaire des séances*.

MM. **Meng** ✿.
Touvet-Fanton.
} *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey et Poinsot**.

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1899

BUREAU

M. **d'Argent**, ✿, *président*.

MM. **Richard-Chauvin**, ✿, *vice-président*.
Coignard, *vice-président*.
De Marion, ✿, *secrétaire général*.

MM. **Prével**, ✠, *secrétaire adjoint*.
Rollin, ✿, *trésorier*.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.** ✠, ✿, **Poinsot** ✿.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Billet**, **Claser** ✠, **Godon** ✿, **Lemerle**, ✿, Dr **Maire**, **Devoucoux**, **Martinier**, ✿, **Ed. Papot**, ✿, **Paulme**, **Stévenin**, **Viau**, I. ✿.

PROVINCE *(Nord-Est)*.

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. Dr **Martin**, ✠ (Lyon), **Schwartz** ✿ (Nimes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (D^r) ✿, **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit** (**A.**), **Gardenat**, **Pillette**, **Wiesner**, ✠, ✿.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire* ; **Billet**, **De Marion**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin**.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie*.

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union* :
15 0/0 de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.



Travaux Originaux

L'EAU OXYGÉNÉE DANS LA THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE ET DANS LES MALADIES DE LA BOUCHE ET DES DENTS[1].

Par M. F. TOUCHARD,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris,
Lauréat de l'Académie de médecine.

(Suite)

Pharmacologie de l'eau oxygénée. — On a reproché à l'eau oxygénée sa conservation difficile et sa facile décomposition ; aussi a-t-on cherché à trouver les moyens de combattre l'instabilité du produit que nous préconisons.

On sait que l'eau oxygénée acide se conserve plus facilement lorsqu'elle est acidifiée soit avec de l'acide sulfurique, soit avec de l'acide phosphorique.

Nous avons vu dans la littérature médicale, ces temps derniers, qu'il suffit d'ajouter une très petite quantité d'alcool à l'eau oxygénée pour en faciliter la conservation et nous avons pu constater en effet la valeur évidente du procédé indiqué. En ce qui concerne l'emploi de l'eau oxygénée dans les affections de la bouche et des dents, il importe peu que l'eau oxygénée soit légèrement alcoolisée ou acidulée, mais il n'en est peut-être pas de même pour les autres emplois de l'eau oxygénée en médecine et en chirurgie. Nous signalons simplement le fait. Voici d'ailleurs ce que dit à ce sujet le Dr Gellé dans son travail sur l'eau oxygénée :

« Est-il possible d'avoir un produit à peu près stable et de

---

1. Ce travail a été couronné par l'Académie de médecine (prix Alvarenga). En raison de son étendue nous le publierons en plusieurs fois. (Voir le numéro du 28 février, page 161).

le conserver pour l'usage médical sans crainte de voir ses propriétés s'altérer ? »

Au sujet de la conservation du titre de la solution, il y a lieu de signaler les quelques remarques suivantes qui sont d'une grande importance pour la vulgarisation de l'emploi thérapeutique de l'eau oxygénée.

Il faut que la solution soit acide, mais peu importe la quantité d'acide. Donc, en clinique, nous devrons employer des solutions très peu acides et nous verrons tout à l'heure que justement parmi les échantillons divers recueillis dans le commerce à Paris, ce sont les solutions les plus riches qui sont en même temps les moins acides.

D'autre part, il est reconnu que même en vase bien clos l'eau oxygénée se décompose et qu'elle ne serait pour ainsi dire guère plus altérable à l'air libre que dans un flacon scellé. Mais à cela il est une condition importante, il faut que l'air qui pénètre dans le flacon soit tamisé, car les matières organiques contenues dans l'air ambiant accélèrent cette décomposition. Comme conclusion pratique de cette remarque on peut conseiller l'emploi de flacons de petites dimensions (120 grammes, au plus 250 grammes) et, lorsque le flacon a été débouché, il convient d'en obturer l'orifice avec un tampon d'ouate, ou bien de recouvrir bouchon et goulot d'un épais capuchon d'ouate, si l'on veut conserver longtemps un flacon entamé. Notons pourtant qu'en l'absence de toute précaution le titre des solutions peut se maintenir fort longtemps, comme nous le verrons dans un instant, car la décomposition suit une marche très variable : tantôt elle est accomplie en quelques heures, tantôt plusieurs mois sont nécessaires, plusieurs années même.

Grâce à l'obligeance de M. J. Robert, pharmacien, ancien interne des hôpitaux de Paris, nous avons pu nous procurer un certain nombre d'échantillons, provenant de différentes maisons de droguerie, et c'est sur ces échantillons qu'il a bien voulu faire les recherches suivantes dont il nous reste à exposer les résultats.

Les expériences ont porté sur sept échantillons, que nous désignerons par les lettres A, B, C, D, E, G, H, dont un, l'échantillon A, était en notre possession depuis assez longtemps et avait été débouché pour la première fois il y a environ trois mois. Il se trouvait donc dans des conditions des plus défavorables pour la conservation du titre de la solution.

Quant à l'échantillon C, il a été pris au hasard dans une pharmacie de Paris, sans qu'il ait été possible d'en connaître l'origine exacte. Pour les autres, ils sortent tous de maisons prétendant fabriquer elles-mêmes leurs produits.

Voici d'abord la teneur en oxygène de ces différents échantillons et notons que tous étaient donnés comme devant contenir 12 volumes.

	volumes.	
A. Eau oxygénée à..............	10	63
B. — —	3	50
C. — —	4	90
D. — —	10	70
E. — —	8	67
G. — —	9	50
H. — —	9	51

Le dosage de la quantité d'*acides libres* contenus dans ces mêmes échantillons a donné les résultats suivants :

A. Eau oxygénée à...........	0gr, 45	par litre.
B. — —	0gr,	—
C. — —	17gr, 15	—
D. — —	2gr, 327	—
E. — —	1gr, 96	—
G. — —	0gr, 245	—
H. — —	2gr, 20	—

Puis la recherche de la quantité approximative d'*acide sulfurique* libre ou combiné a donné :

A... Très petite quantité.
B... Quantité très forte, mais entièrement combinée.
C... — assez grande.
D... — faible, mais notable.
E... Comme D.
G... Comme A.
H... Comme D.

La recherche de l'*acide chlorhydrique* libre ou combiné a donné :

A... Quantité très faible.
B... Comme D.
C... Comme D.
D... Quantité assez abondante.
E... Comme D.
G... Comme A.
H... Comme D.

La recherche de l'*acide phosphorique* libre ou combiné a donné :

A... Quantité très faible.
B... Quantité abondante (toujours en combinaison, puisque ce produit est complètement neutre).
C. . Quantité assez grande.
D... Quantité très faible.
E... — —
G... — —
H... — —

La recherche de ces trois acides n'a d'ailleurs, au point de vue particulier qui nous occupe, que peu d'intérêt, car c'est la quantité totale d'acides libres seule qui nous intéresse, puisqu'il est prouvé aujourd'hui que nul acide n'a plus d'influence que les autres sur la conservation de l'eau oxygénée.

Pourtant, cette recherche approximative des différents acides nous prouve qu'au point de vue chimique les deux solutions les plus pures sont les solutions A et G.

De cette étude analytique des différentes eaux oxygénées commerciales on peut conclure et retenir : 1° que l'eau oxygénée neutre se décompose facilement. Le type B en est la preuve. Complètement neutre, il ne contient plus que 3 vol. 50 au lieu des 12 volumes indiqués sur l'étiquette. 2° que la quantité d'acide importe peu ; en effet, le produit C contient 17^{gr}, 15 d'acides libres et 4 vol. 90 seulement d'oxygène. Tout au contraire, le produit A, qui ne contient que 0^{gr}, 45 d'acides libres, renferme encore 10 vol. 63 d'oxy-

gène, malgré son origine ancienne et son débouchage remontant à trois mois.

Voulant vérifier, d'autre part, s'il était vrai que l'eau oxygénée ne s'altérait pas plus à l'air libre qu'en vase clos, M. Robert a recueilli quatre échantillons différents d'eau oxygénée, et, après les avoir laissés séjourner cinq jours dans des flacons bouchés simplement par un tampon d'ouate, il a pu se rendre compte que le volume d'oxygène n'avait pas varié, dans les diverses solutions. Il ne faut voir là qu'une simple indication, car l'expérience n'a pas été d'assez longue durée pour être vraiment concluante. Mais, si incomplète qu'elle soit, elle est suffisante pour montrer au médecin qu'il peut sans crainte laisser son flacon débouché quelques instants sans pour cela faire perdre une valeur sérieuse à sa solution.

De cette étude rapide de l'eau oxygénée au point de vue pharmaceutique, nous pouvons conclure que, si nous voulons avoir une solution aussi pure et aussi fixe qu'il est possible, il faudra fixer notre choix sur une eau oxygénée très légèrement acide et renfermant de 10 à 12 volumes d'oxygène. Cette solution devra être maintenue et conservée dans des flacons d'une contenance de 250 grammes au plus; la coloration du verre est inutile, la lumière ne décomposant pas l'eau oxygénée.

Il faut, en effet, n'employer qu'une eau oxygénée très faiblement acide, car l'eau oxygénée qu'on trouve dans le commerce, quoi qu'en disent Gellé et Robert, est toujours très fortement acide et irritante pour les muqueuses. Il est bon d'en être prévenu ; d'ailleurs les eaux oxygénées du commerce portent toujours le titre d'eau oxygénée pour les arts. Quand on veut utiliser ce produit, au point de vue thérapeutique, il sera utile de réclamer l'eau oxygénée dite médicinale.

Il nous reste maintenant à envisager les trois points suivants :

1° L'eau oxygénée est-elle toxique ?

2° L'eau oxygénée est-elle hémostatique ?

3° Quel est son pouvoir antiseptique ?

L'eau oxygénée est-elle toxique ?

A ce sujet, voici ce que nous trouvons dans le Dictionnaire de thérapeutique de Dujardin-Beaumetz :

« Le peroxyde d'hydrogène diffuse facilement à travers les membranes animales, sans éprouver de décomposition (A. Schmidt).

» Au contact du sang coagulé, il se décompose en eau et en oxygène. Mise en contact avec du sang tiré de la veine ou du sang défibriné, l'eau oxygénée se décompose avec rapidité, avec formation d'une substance blanche de nature albuminoïde. En présence d'une solution albumineuse, il n'en est nullement de même. Schœnbein, en effet, a vu l'eau oxygénée, rester en contact avec de l'albumine un certain temps à la température ordinaire sans donner lieu à aucune réaction. »

La décomposition de l'eau oxygénée en présence des globules rouges peut se prouver de la façon suivante : la teinture de gaïac, mise en présence de l'eau oxygénée, ne change pas de couleur (on sait qu'il n'en est pas de même avec l'ozone) ; or, si l'on ajoute du sang défibriné au mélange, la coloration bleue caractéristique apparaît. Tant que le sang contient de la matière colorante, il décompose l'eau oxygénée et produit la matière blanche citée plus haut. Quelle est cette substance ? Elle se rapproche de la fibrine par la propriété qu'elle possède de décomposer l'eau oxygénée, mais elle s'en éloigne par la facilité avec laquelle on peut l'obtenir à l'état soluble. Peut-être est-elle plus voisine de la fibrine soluble de Denis ou de la métalbumine.

Assmuth et A. Schmidt ont injecté le peroxyde d'hydrogène dans l'estomac et le sang. Dans une expérience, 40 centimètres cubes d'une solution d'eau pouvant développer par catalyse le décuple de son volume d'oxygène ont été injectés dans l'estomac d'un lapin ; il y eut absorption, car l'eau se trouvait en nature dans les urines, mais il ne survint aucun trouble particulier.

Dans une autre série d'expériences le bioxyde d'hydro-

gène fut injecté dans la veine. On injecta ainsi dans le sang, à des chiens, 23 centimètres cubes d'une solution qui développait par dédoublement le quintuple de son volume d'oxygène.

Les animaux ne tardaient pas à vomir, ils ne pouvaient se tenir debout, respiraient lentement et péniblement, mais revenaient toujours à la santé. S'il en est ainsi, l'eau oxygénée, introduite dans le sang vivant et circulant, n'a donc point les effets de décomposition qu'elle présente sur le sang tiré de la veine.

Mais les expériences suivantes sont contraires à celles de A. Schmidt et Assmuth, Laborde et Quinquaud.

Les résultats obtenus par G. Colasanti et S. Capranica (*Arch. ital. de Biol.*, t. II, p. 105, 1882) sont en effet opposés aux précédents et à ceux de Laborde et Quinquaud, puisque ces auteurs ont conclu de leurs expériences, faites avec quatre équivalents d'eau, que :

1° L'eau oxygénée qu'on fait absorber aux chiens par la méthode de Henler se comporte comme un poison, en tuant rapidement les animaux ;

2° Les doses toxiques varient suivant la grandeur de l'animal. Pour un chien du poids de 3 kilogrammes, 25 centimètres cubes ont été insuffisants. Pour un chien de 6 kilogrammes, 75 centimètres cubes ont été nécessaires ;

3° L'intoxication se manifeste sur presque toutes les fonctions de l'économie et, en particulier, sur la moelle épinière. Le pouvoir excito-moteur de ce centre est surexcité et les manifestations de cette surexcitation se traduisent par des phénomènes convulsifs plus ou moins graves ;

4° Les phénomènes physico-chimiques de la nutrition des tissus sont aussi modifiés, car il se produit une forte glycosurie qui précède la mort des animaux ;

5° Les désordres du fonctionnement de la machine animale sont dus à la décomposition de l'eau oxygénée au contact des tissus vivants ;

6° Les phénomènes consécutifs à l'intoxication par l'eau

oxygénée sont identiques à ceux observés par Paul Bert à la suite de l'action de l'oxygène comprimé.

Au contraire, Laborde et Quinquaud ont confirmé, par leurs recherches, les résultats d'Assmuth et Schmidt.

L'eau oxygénée étant un des plus puissants microbicides, il n'était cependant pas sans intérêt d'essayer de l'injecter dans le sang, et de voir à nouveau si, dans de telles conditions, elle était nuisible. Laborde et Quinquaud tentèrent cette expérience sur le chien. Elle leur a démontré qu'un chien de 15 kilogrammes pouvait recevoir dans ses veines une quantité d'eau oxygénée équivalant à 1,000 centimètres cubes d'oxygène sans danger pour lui, bien que Regnard ait admis qu'au contact de la substance fibrinogène du sang l'eau oxygénée se décompose d'une façon pour ainsi dire foudroyante, et qu'il se forme une mousse de sang qui se précipite dans le cœur droit et peut donner naissance à des embolies mortelles.

A la suite de ces injections, on a noté une certaine tendance au sommeil, de l'anesthésie généralisée, du ralentissement des battements du cœur et des mouvements respiratoires.

Dans ces conditions et contrairement à ce que l'on aurait pu croire, on trouve une proportion moins grande d'oxygène dans le sang qu'à l'état normal. En outre, l'hémoglobine est détruite et remplacée par de l'hématine, mais les globules rouges ne sont pas tués, ainsi que le pensaient Bert et Regnard ; la preuve, c'est que « vingt-quatre heures après ils sont complètement régénérés » (Laborde et Quinquaud, Bert et Regnard, *Soc. de Biologie,* juillet et oct. 1885).

En ce qui nous concerne, l'eau oxygénée employée pour l'usage externe ne présente aucun inconvénient et peut être employée impunément même chez l'enfant ; celui-ci peut en avaler et il peut en pénétrer dans la circulation sans danger.

Nous n'avons jamais eu le moindre accident ; d'ailleurs, elle a été ordonnée par Baldy et Barbolain jusqu'à la dose de 30 à 50 grammes par jour d'H^2 O^2 à 10 volumes par dose de 2 à 4 grammes diluée.

Elle peut donc être considérée comme absolument inoffensive et non toxique.

L'eau oxygénée est-elle hémostatique? Voici ce qu'en dit Gellé, dans son travail déjà signalé. Nous parlerons un peu plus loin de son pouvoir hémostatique, d'après l'expérience clinique. Occupons-nous maintenant de l'action hémostatique de l'eau oxygénée et voyons comment se produit l'hémostase.

Rappelons tout d'abord une des expériences de Baldy:

(A suivre).



SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 février 1899.

Présidence de M. LEMERLE, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Lemerle. — Le procès-verbal de la dernière séance n'ayant p s encore été publié, nous attendrons qu'il ait paru pour l'adopter.

I. — CORRESPONDANCE.

M. Choquet, secrétaire général, donne lecture de la correspondance, qui comprend : 1° une lettre par laquelle M. Léger-Dorez confirme sa démission de membre de la Société ; 2° une lettre par laquelle M. Boerries, 20, rue Saint-Ferdinand, Paris, demande à devenir membre de la Société.

M. Lemerle. — Il sera accusé réception de la démission de M. Léger-Dorez et il sera répondu à M. Boerries que pour devenir directement membre de la Société il est nécessaire d'y présenter des travaux. Sa demande sera toutefois renvoyée à la Société de l'Ecole.

II. — ALLOCUTION DU PRÉSIDENT.

M. Lemerle prononce les paroles suivantes :

Messieurs,

Il existe un vieux proverbe disant que les absents ont toujours tort. Cela est bien vrai, car si le deux janvier, j'avais pu me trouver ici au milieu de vous, je n'aurais certainement pas accepté le poste auquel vous m'avez fait l'honneur de me nommer.

J'avais cependant prié quelques-uns de mes amis de ne pas me porter candidat. Mais fiez-vous aux amis par le temps qui court !

Je ne veux pas, mes chers collègues, vous faire l'affront de refuser l'honneur que vous me faites en m'appelant à présider la Société d'Odontologie de Paris. Je vous en

remercie sincèrement ; mais laissez-moi vous dire que cela est peut-être téméraire de votre part, car notre Société peut en souffrir ; rien ne me signalait à cette distinction, et je suis un peu effrayé de prendre la succession de notre sympathique confrère M. d'Argent.

Ce poste demande plusieurs qualités que je n'ai pas : vous m'avez chargé de le remplir; soyez persuadés, mes chers confrères, que tous mes efforts tendront à maintenir l'éclat et le bon renom que la Société d'Odontologie a su conquérir dans le monde dentaire. Mais, pour cela, j'aurai besoin de votre bienveillance et surtout de votre concours à tous.

La tâche sera, je crois, difficile pendant cette année, qu'il est permis de considérer comme la dernière du siècle, parce qu'elle précède l'année du grand congrès international de 1900 qui semble devoir être pour notre profession la naissance d'une ère nouvelle et marquer une grande date dans les annales de la science dentaire.

Il ne faut point se faire d'illusions, les communications seront peut-être rares, car chacun se réservera pour le Congrès.

Eh bien soit ! gardons jalousement nos études et nos recherches pour leur donner le jour au grand tournoi scientifique de 1900. Mais ne pourrions-nous pas faire une sorte de révision de tout ce qui s'est passé jusqu'alors ?

Que de choses nous aurions à compléter, à répéter même, sur ce qui nous est le plus connu ! Chacun de nous y trouverait son profit.

M. d'Argent, à la réunion du mois de décembre, vous disait que nous avions une tendance à négliger les questions purement dentaires et il nous faisait un chaleureux appel pour nous prier d'apporter plus souvent à nos réunions quelques-unes de ces questions. Cette remarque est juste, et je m'associe à mon collègue pour vous inviter à venir tous ici, sans crainte. En disant cela, je m'adresse surtout aux jeunes, à nos élèves d'hier... Rappelez-vous que les plus petites questions, les plus simples, ont leur importance et provoquent le plus souvent de longues discussions, où chacun de nous peut trouver de l'intérêt.

J'ai voulu, avant de prendre place à ce fauteuil, voir et parcourir dans *L'Odontologie* les comptes rendus de notre société depuis sa création. J'ai été véritablement frappé du nombre et de la variété des sujets qui ont été traités ici ; il faudrait des volumes pour les résumer. Cependant un des sujets qui m'ont paru avoir le plus passionné nos assemblées, c'est certainement l'anesthésie, et notamment l'anesthésie locale par la cocaïne. C'est sûrement en France, au sein de cette Société, que cette question a fait le plus de progrès ; chacun de nous a pu y faire connaître le résultat de ses essais et de ses recherches, ce qui nous a permis, depuis l'apparition de cet alcaloïde dans la thérapeutique dentaire, d'arriver à l'employer avec son minimum de danger tout en lui conservant son maximum d'action anesthésique.

En parcourant, comme je vous le disais plus haut, le journal *L'Odontologie*, j'ai recherché également l'historique de notre Société, et si vous voulez bien me le permettre, nous pourrions, à la veille du nouveau siècle, adresser un souvenir aux différents présidents qui se sont succédé dans ce fauteuil, depuis la création de la Société.

Notre Société fut fondée par l'Ecole dentaire libre de Paris, sur la proposition de M. Godon, président du Cercle des dentistes et secrétaire général de l'Ecole dentaire, dans sa séance du 6 décembre 1881, sous le nom d'*association scientifique de l'école dentaire*.

Son premier bureau fut nommé le 17 janvier 1882 et sa première séance eut lieu le 24 janvier.

L'année suivante (1884) elle transforma son titre et devint ce qu'elle est actuellement, la Société d'Odontologie de Paris.

Depuis 17 ans elle compte dix présidents [1]. C'est notre vénéré président honoraire, le Dr Lecaudey, qui a pendant les cinq premières années occupé ce fauteuil.

---

1. Création de la Société 1882 ; de 1882 à 1887 président M. Lecaudey ; 1887-88 président M. Poinsot ; 1889-90 président M. P. Dubois ; 1891-92 président M. Gillard ; 1893-94 président M. Viau ; 1895 président M. F. Jean ; 1896 président M. Martinier ; 1897 président M. Papot ; 1898 président M. d'Argent ; 1899 président M. Lemerle.

Pendant les deux années qui suivirent, M. Poinsot dirigea avec une grande compétence nos travaux scientifiques.

En 1889 et 1890 nos discussions furent conduites par un homme qui n'est plus, que nous regrettons tous et que nous n'oublierons pas, car il a su laisser un nom dans l'histoire professionnelle : j'ai nommé P. Dubois. C'est en 1887 que Dubois proposa à la Société de faire une séance annuelle d'un intérêt exceptionnel, qui devait être, disait-il un acheminement vers les congrès annuels. Son idée, comme vous le savez, par le succès de nos congrès, a pleinement réussi.

MM. Gillard et Francis Jean ont occupé ensuite ce fauteuil, et nous ne pouvons qu'exprimer nos regrets de ne pas les voir plus souvent parmi nous.

M. Viau, un de nos collaborateurs assidus, a su pendant deux années rendre nos séances intéressantes.

M. Martinier a pendant l'année 1896 présidé nos travaux avec une grande autorité. Je relisais encore avec plaisir son rapport annuel de secrétaire général de la Société d'Odontologie en 1894, rapport qui est un modèle dans son genre.

L'année suivante, M. Papot présida à son tour nos séances, avec la même compétence qu'il montre actuellement dans l'administration du journal *L'Odontologie*. L'année dernière, M. d'Argent, qui me laisse aujourd'hui la place, a su par sa précision, son sang-froid et sa méthode rendre nos débats intéressants.

Enfin, cette année, vous m'avez désigné, mes chers confrères ; je vous en remercie encore une fois et avec le concours de mes collègues du bureau, MM. les D[rs] Sauvez et Richard-Chauvin comme vice-présidents et notre sympathique secrétaire général, M. Choquet, sans oublier MM. Pitsch et Jeay, je m'efforcerai d'égaler mes prédécesseurs.

Je termine, Messieurs, en formulant un vœu, celui de voir une fusion de plus en plus intime de notre Société d'Odontologie de Paris avec la Société odontotechnique de France, parce que nous avons un intérêt absolument commun :

l'avancement de la science dentaire. Marchons donc le plus possible ensemble, et chacun de nous y trouvera son profit.

III. — Application de la radiographie a l'art dentaire par un nouveau procédé (Introduction du tube de Crookes dans la cavité buccale), par M. le Dr Bouchacourt.

M. le Dr Bouchacourt donne lecture d'une communication sur ce sujet, qu'il accompagne d'expériences et de projections *(Sera publié ultérieurement).*

Discussion.

M. Godon. — Je me suis occupé de radioscopie et, pour savoir si l'on pourrait utiliser cette découverte dans notre profession, je me suis livré avec M. Contremoulins, en avril 1897, à des essais et à des études au laboratoire de la Faculté de médecine; j'ai présenté le résultat de ces essais cette même année, au mois d'octobre, au Congrès de Paris. Avant M. Saussine, en même temps que M. Combes, nous employions le godiva sur lequel nous placions la pellicule et nous obtenions des épreuves présentant les défauts qui ont été signalés tout à l'heure. Nous n'avons pas pu obtenir la dent de sagesse, vu la grande difficulté que l'on éprouve à faire supporter les pellicules aussi loin. J'ai eu également des troubles trophiques et une malade a perdu une mèche de cheveux, accident qui m'a quelque peu refroidi, de sorte que je n'ai pas encore repris mes expériences[1]. Mais, je le repète, celles-ci sont antérieures aux essais de M. Saussine, elles ont eu lieu en même temps que celles de M. Combes; il y eut aussi une communication de M. Contremoulins sur ce sujet en 1896 à l'Académie des Sciences et en même temps que ma communication, il en a été fait deux autres: l'une par M. Richard-Chauvin, l'autre par M. Allard que M. Bouchacourt n'a pas citées. Je constate toutefois avec plaisir que M. Bouchacourt a fait une communication trés intéressante dont je le félicite.

M. le Dr Bouchacourt. — Tout cela est-il antérieur aux recherches de M. Saussine?

M. Godon. — Oui, mes expériences se faisaient en même temps que celles de M. Combes et ont été présentées en octobre 1897.

M. le Dr Bouchacourt. — Avec mon procédé du pôle à la terre il n'y a pas de troubles à craindre.

M. le Dr Amoëdo présente diverses anomalies des maxillaires dans lesquelles l'application des rayons Röntgen est indispensable pour constater par exemple l'inclusion d'une dent permanente n'ayant pas évolué. Il signale une opération faite à Cienfuegos (île de Cuba), il y a

1. Les cheveux ont repoussé quelques mois après.

quelques années, sur un maxillaire, opération qu'on aurait pu éviter en employant la radiographie.

M. le Dr Roy. — Les accidents trophiques n'ont été connus qu'après diverses radiographies; mais ils n'existent pas quand le vide est parfait, d'après ce que déclare la *Röntgen Society* de Londres.

M. de Marion. — M. Amoëdo a-t-il examiné la dent de sagesse perpendiculaire à la branche montante ? Il semble résulter de ce qu'il nous dit qu'il l'a vue. M. Bouchacourt peut-il, de son côté, examiner la position de cette dent dans le maxillaire supérieur ?

M. le Dr Bouchacourt. — C'est très simple, étant donné qu'on voit la branche montante du maxillaire; mais pour moi l'endodiascopie buccale est tout à fait secondaire, puisque je m'occupe surtout de celle du vagin.

Il faudrait badigeonner le pharynx avec de la cocaïne pour cela ; mais, je le répète, j'ai vu la branche montante très distinctement, si je n'ai pas vu la dent de sagesse.

M. Gross. — M. Bouchacourt emploie un écran ; or l'écran ne donne sur le vivant que des silhouettes qui ne pourraient pas nous être utiles. Il reste la plaque ou la pellicule photographique. Les épreuves que nous avons vues tout à l'heure sont peu nettes et déformées ; il faut donc revenir à la plaque intra-buccale, d'autant que le temps de pose est plus court. Il est vrai que le dispositif est un peu gênant avec la plaque; mais on peut le modifier : il comprend un petit châssis, une tige en plomb flexible et un clamps. Voici des radiographies que j'ai obtenues avec M. Contre-moulins à l'aide de ce procédé.


Fig. 7.


Fig. 8.

Radiographies obtenues par MM. Gross et Contremoulins. — *Fig.* 7. V. 17 ans, dent incisive ou conoïde faisant son éruption sous la canine temporaire en arrière de la canine permanente qui est située contre la grande incisive permanents. *Fig* 8. G. 23 ans, recherche de la dent de sagesse qui est absente la 1re et la 2e molaires sont aurifiées.

Il en présente quelques-unes (figures 7 et 8). Ce procédé m'a

permis également de voir une incisive faisant son éruption derrière une canine et de constater l'absence ou la présence d'une dent de sagesse dans le bord alvéolaire. Il faut bien dire que l'endodiascopie dans la bouche ne donnera probablement pas de bons résultats en raison de la déformation des images qu'on ne pourra éviter.

M. le Dr Bouchacourt. — En plaçant l'écran suffisamment près de la surface osseuse on voit bien les gencives. Quant à la radiographie, elle occasionne une perte de temps très considérable.

M. Gross. — Cette perte de temps est très minime et l'on a quelque chose qui reste, tandis qu'avec l'écran on ne peut voir un canal dentaire.

M. le Dr Bouchacourt. — On doit perdre une demi-heure avec ce système.

M. Gross. — Quand les appareils sont tout prêts, il faut dix minutes au plus.

M. le Dr Bouchacourt. — La méthode consiste à avoir un tube inoffensif; or, le mien remplit cette condition. Quant à l'écran, je n'y tiens pas.

M. Gross. — Vous employez ce tube surtout parce que vous n'avez pas de troubles trophiques. Je ne fais pas d'objection à votre méthode en général, mais je constate qu'elle ne donne pas de résultats bien appréciables dans la bouche.

M. le Dr Fauveau de Courmelles. — Avec cette méthode nous n'avons en effet pas de troubles trophiques et les résultats sont très encourageants; c'est le champ électrique qui agit. Quelque procédé que vous employiez, vous ne pouvez pas voir toute la bouche d'un seul coup; il faut chercher la région malade, c'est-à-dire celle qui a besoin d'être étudiée. Quant à la rapidité, le procédé qui simplifie le plus est l'endodiascopie ; je vous engage à l'adopter et vous vous en trouverez bien. Avec ce moyen il y a aussi absence de danger, et c'est là un avantage également. J'affirme en toute conscience qu'il réalise un grand progrès.

M. Lemerle remercie M. le Dr Bouchacourt de sa communication et des expériences dont il l'a accompagnée. Il ajoute aussi quelques mots de remerciement pour le M. le Dr Fauveau de Courmelles.

IV. — Contribution a l'étude de la mortification de la pulpe dentaire dans les maladies infectieuses, par M. Gross.

M. Gross donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. n° du 28 février, p. 169).

Discussion

M. le Dr Roy. — Le sujet est très intéressant et nous avons déjà eu des observations là-desssus ; mais si l'on peut songer à un trouble

général amenant la mortification de la pulpe, c'est dans le cas de M. Poinsot, car alors la relation était très évidente, tandis que l'enquête de M. Gross ne me paraît pas suffisante. Le défaut de changement de coloration ne me semble en effet pas suffisamment démonstratif; cette décoloration est variable, car certains tissus se laissent pénétrer assez facilement. On peut trouver des cas analogues avec une origine différente; j'ai vu notamment un cas de mortification pulpaire d'une canine inférieure droite avec une très petite carie du collet chez une dame. Il n'y avait pas de sensibilité. J'examine et je remarque un changement de coloration; je trépane : la pulpe était mortifiée. La malade s'était fait soigner autrefois par un confrère et, tandis que sa dent était sensible avant ces soins, après l'intervention de ce confrère elle n'avait plus de sensibilité; j'en ai conclu que ce dernier avait employé l'acide arsénieux. La pulpe était détruite. M. Gross n'est-il pas en présence d'un cas analogue répété quatre fois? Quel était le précédent opérateur?

M. Godon. — C'est moi.

M. le Dr Roy. — Je me demandais si le pansement antérieur n'avait pas amené la mortification de la pulpe; mais dès l'instant que ce pansement a été fait par M. Godon, il a sûrement été bien fait.

M. Gross. — En général la décoloration survient au bout de quelques mois. J'ai cité M. Poinsot et c'est pour cela que j'ai invoqué une cause générale. M. Roy cite un seul cas où la mortification était due à l'action de l'acide arsénieux et j'ai quatre cas de nécrose dans cette bouche; dans un cas surtout la carie était très superficielle.

M. le Dr Roy. — L'application de l'acide arsénieux peut amener la mortification et le malade peut ne rien sentir durant plusieurs années. Dans mon cas la carie était insignifiante.

M. le Dr Amoëdo. — J'ai vu un malade de Caracas qui avait sept dents mortes par suite de l'emploi de l'acide arsénieux, qui est le procédé courant dans la contrée; il y avait une quantité considérable de dentine entre l'obturation et la chambre pulpaire. J'ajoute que ce cas n'est pas isolé et que j'en ai vu plusieurs de ce genre.

M. Godon. — Quand M. Gross m'a fait remarquer cette série de mortifications, je lui ai fait des objections; nous avons en effet dans la bouche des causes multiples pouvant expliquer la mortification. Je pensais que nous pouvions écarter l'influence de l'acide arsénieux, puisqu'il s'agissait d'une dent bien soignée. Le ciment Poulson, le choc, etc., amènent des mortifications. Il nous a semblé que chez ce malade qui venait d'avoir une fièvre typhoïde on pourrait rattacher la mortification à cette cause générale; mais je n'en ai pas moins fait les plus grandes réserves.

M. Choquet. — L'action de l'acide arsénieux peut se produire à

distance relativement grande et être plus ou moins rapide. Tout cela dépend de l'âge du sujet et de la dimension des canalicules de la dentine. En tous cas, la mortification de la pulpe par suite de l'application de cet agent n'entraîne pas des accidents infectieux aussi graves que ceux résultant de l'infection microbienne produite par la carie.

Certaines obturations, les métalliques principalement, peuvent amener la mortification de la pulpe lorsqu'elles se trouvent séparées de celle-ci par une très mince couche de dentine, mais dans ce cas, cette obturation métallique possède des propriétés antiseptiques manifestes, propriétés que Miller a mises en évidence d'une façon irréfutable. Du reste, M. Chauvin il y a 7 ou 8 ans nous a signalé un cas semblable de mortification l'ayant forcé à trépaner la dent. A l'ouverture de la chambre pulpaire il se trouva en présence d'une pâte blanchâtre ne présentant aucune odeur, comme on aurait dû cependant trouver. L'action antiseptique de l'obturation métallique était donc bien manifeste. Il y avait décoloration de la dent, mortification de la pulpe, mais pas d'accidents infectieux.

Quant au mot *spore* qu'a employé tout à l'heure M. Gross, je le trouve tout à fait impropre. Nous ne connaissons encore rien concernant l'étiologie de la carie dentaire ; par conséquent nous ignorons si les micro-organismes qui occasionnent les ravages se reproduisent dans les canalicules ou les cavernes de la dentine par sporulation ou scissiparité. Il se produit certainement pour la carie dentaire ce qui se passe pour l'examen bactériologique de la salive, c'est-à-dire qu'il existe une véritable flore, et mon avis est que dans le cas qui nous occupe on se trouve plutôt en présence d'une sorte de microbisme latent.

Comment expliquer que dans certains cas la carie vienne à continuer sous des obturations bien faites, ne laissant pas la moindre solution de continuité, au bout de 5, 10, 15 et même 20 ans quelquefois ?

L'opinion émise par Galippe et Miller que nous ne pouvons pas affirmer d'une façon absolue que la carie ne continuera pas sous une obturation, quelque bien préparée et nettoyée qu'elle ait été, est absolument juste.

M. Richard-Chauvin. — Pardon, si une cavité est bien nettoyée, vous pouvez répondre du succès. En tout cas, vous avez les antiseptiques à votre disposition.

M. Choquet. — Je suis absolument de votre avis quant à l'emploi des antiseptiques, c'est-à-dire à la stérilisation des cavités préparées pour l'obturation. L'opinion que je viens de vous citer n'est pas personnelle ; elle émane d'hommes compétents et je ne puis que m'y rallier.

M. Mendel Joseph. — Après avoir passé en revue toutes les causes

que nous connaissons, si nous ne pouvons expliquer un fait, il faut chercher d'autres causes. Il ne suffit pas de voir dans ce cas une extension de l'infection à la pulpe, puisque l'opération a été habilement conduite. Comme on peut aseptiser le champ, il faut faire intervenir l'influence générale, puis l'influence nerveuse. M. Roy a cité M. Poinsot, qui a invoqué surtout des troubles mentaux ; mais il n'est pas besoin d'aller si loin, car des troubles nerveux plus simples peuvent expliquer ce fait.

M. Meng. — J'ai vu deux cas où l'infection provenait du sinus, mais où je n'ai pas cru devoir ouvrir la cavité pulpaire. A la suite de la pulpite la pulpe était-elle détruite ? Je n'en sais rien.

M. Gross. — Je n'ai fait qu'envisager rapidement la pathogénie, mais je ne crois pas que l'infection soit venue du sinus, car il n'y a eu aucun symptôme de ce côté. A mon avis, l'infection du sinus doit être laissée de côté.

M. Meng. — Dans votre cas les dents malades sont toutes au niveau des sinus.

M. Lemerle. — La communication de M. Gross vient à l'appui de ce que je disais tout à l'heure. Je souhaite encore une fois qu'il nous en soit fait beaucoup dans ce genre.

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire général,
J. Choquet.

SÉANCE DE DÉMONSTRATIONS PRATIQUES DU 29 JANVIER 1899

Présentation d'appareils.

M. G. Gross, au nom de M. Godon empêché, présente divers appareils électriques.

En premier lieu, un *fourneau électrique*, de la maison Kœlliker, pour chauffer l'or à aurifier (fig. 9). L'or, au moyen de cet appareil, est chauffé progressivement et ne risque pas d'être brûlé et rendu cassant comme dans le chauffage direct. Il acquiert des qualités extra-adhésives, tout en conservant — point important — la malléabilité de l'or non chauffé ; de cette façon l'aurification est rendue plus facile et plus rapide. L'extra-adhésivité fait disparaître cette non adhérence sans causes appréciables qui survient parfois au cours de l'aurification et occasionne un retard notable. Le mode d'emploi est des plus simples : il suffit, au moment de procéder à l'aurification, de brancher le fourneau sur le courant de 110 volts; on supprime le passage du courant

lorsqu'on juge que l'or est suffisamment chaud, c'est-à-dire au bout de deux à trois minutes. Il est recommandé d'éloigner les morceaux d'or les uns des autres lorsqu'on les place sur la tablette qui forme le plan supérieur du fourneau, car l'adhésion très grande les réunirait en un bloc indivisible.

2° Une *bouilloire électrique* pour obtenir rapidement de l'eau chaude et un *poëlon électrique* pour pratiquer l'asepsie des instru-

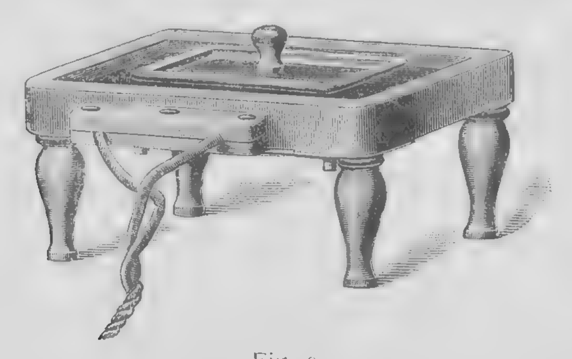


Fig. 9.
Fourneau électrique.

ments, de la maison Heller. Ces deux appareils contiennent un demi-litre d'eau et se branchent directement sur le courant de la ville ; l'eau est portée à ébullition en trois minutes et, le courant rompu, se maintient chaude environ 1 heure et demie. La dépense est de 0 fr. 38 par heure, en admettant le courant établi continuellement, soit une dépense très minime, puisque ces appareils ne fonctionnent que quelques minutes toutes les deux heures. Cette bouilloire et ce poëlon sont nickelés, propres, et peuvent être placés dans le cabinet d'opération.

3° De la maison Heller diverses formes de pointes pour électro-cautères et une lampe électrique intra-buccale dite *lampe cristal*.

Le Secrétaire général,
CHOQUET.

4[me] CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

SESSION DE LYON

12, 13, 14 août 1898.

DE L'INTERVENTION DANS LES CAS D'ABCÈS ET DE FLUXION[1]

Rapport présenté par M. le Dr E. Sauvez,
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris,
Dentiste des Hôpitaux.

(Suite)

§ II. — États pathologiques contre-indiquant l'intervention.

1° *Diabète sucré.* — Chez les diabétiques on sait combien il est fréquent de rencontrer des furoncles, des anthrax, des phlegmons.

Les malades atteints de glycosurie devront donc être traités avec grande attention.

La quantité de sucre rendue a naturellement une grande importance ; mais on devra se rappeler que parfois on a vu tous les accidents dont nous avons parlé plus haut, et même la gangrène, survenir à la suite d'interventions des plus insignifiantes chez des malades qui ne rendaient pas plus de 30 à 60 grammes de sucre par jour. Les altérations que l'on remarque dans le système dentaire des malades assez avancés rendent le plus souvent l'intervention bénigne. Il s'agit fréquemment, en effet, de fluxions ou d'abcès survenant à la suite d'arthrite alvéolo-dentaire, et l'extraction est une opération insignifiante. Quoi qu'il en soit, nous recommandons au praticien de se consulter dans ces cas le plus souvent avec le médecin du malade, pour que celui-ci soit à même d'intervenir si une complication survenait — hémorragie, gangrène, par exemple.

Nous résumerons notre avis à ce sujet en disant : *chez les diabétiques intervenir le moins possible.* Si l'abcès est mûr, ouvrez-le et temporisez pour l'extraction, à moins que celle-ci ne soit réellement une opération insignifiante. Naturellement les injections de cocaïne ou de tout autre corps sont formellement interdites. On surveillera la cicatrisation de la plaie et l'on maintiendra celle-ci dans un état d'antisepsie constant jusqu'à complète guérison.

2° *Albuminurie.* — Dans l'albuminurie, la fluxion est toujours très marquée ; le malade a une tendance aux œdèmes et la fluxion est interminable et très étendue.

L'albuminurie est une contre-indication des opérations sanglantes ;

---

1. Voir *L'Odontologie* du 30 décembre 1898 et 28 février 1899.

on n'interviendra qu'en cas d'absolue nécessité et sans avoir recours à l'anesthésie, qu'elle soit locale ou générale.

On ne pourra employer que la réfrigération modérée.

3° *Erysipèle.* — Il est difficile de donner une indication précise sur la conduite à tenir dans un cas de fluxion survenant chez un malade atteint d'érysipèle et surtout d'érysipèle de la face.

Les circonstances commanderont ou repousseront l'intervention ; toutefois, il est naturellement à recommander d'opérer le moins possible, car l'infection streptococcique viendrait bien vite prendre possession du champ opératoire.

4° *Hémophilie.* — L'hémophilie, quand elle est bien nettement constatée, est une contre-indication à l'opération, surtout quand la congestion est intense.

On n'interviendra qu'en cas d'absolue nécessité et l'on cherchera plutôt à temporiser et à amener la formation d'un abcès dans l'endroit le plus propice.

5° *Epilepsie.* — Chez les épileptiques, l'extraction d'une dent provoque en général un accès ; aussi devra-t-on tenter d'éviter l'opération et de guider la marche de l'abcès.

§. III. — États pathologiques donnant des indications variables.

La fièvre typhoïde amène une tendance au sphacèle, surtout marquée dans les formes adynamiques de la dothiénentérie.

A la période de convalescence, on sait qu'il est fréquent de rencontrer des furoncles, des anthrax, des ostéites et des périostites aiguës, souvent suppurées.

De même, à la suite du typhus, il y a également tendance à la suppuration.

Tenant compte de ces considérations, on n'interviendra donc que prudemment, tout en agissant avec énergie quand les circonstances le commanderont, surtout pendant la période de convalescence.

Il est utile également de savoir que dans certains états typhoïdes il y a une tendance générale aux hémorragies, et qu'il faudra surveiller le malade à ce point de vue, au besoin se contenter d'inciser l'abcès et ajourner l'extraction.

Dans la lymphadénie, la leucémie, les affections scorbutiques, on interviendra quand les circonstances l'exigeront, en prenant toutes les précautions contre les hémorragies si fréquentes et en luttant en même temps le plus énergiquement possible par un traitement approprié.

On aura parfois à intervenir chez des malades atteints de certaines affections cardiaques dans lesquelles on devra éviter avec soin les émotions produites par une violente douleur. Dans ces conditions, on s'efforcera de soulager le patient en intervenant le moins possible.

De même on rencontrera parfois certains états névropathiques, qui ne sont pas rares, dans lesquels on devra également éviter le plus possible la douleur, qui est ressentie par les malades beaucoup plus fortement. Dans ce cas, si l'on n'a pu, par une thérapeutique appropriée, amener la résolution de la fluxion, on s'efforcera de guider l'évolution de l'abcès, même si l'extraction est décidée, et on opérera à froid, quand les phénomènes aigus auront disparu.

§. IV. — États physiologiques divers.

Conduite à tenir.

En dehors des états pathologiques que nous venons d'examiner, il existe un certain nombre d'états physiologiques pendant lesquels le praticien se demande quelle conduite il doit tenir.

Grossesse. — La grossesse est-elle une contre-indication ? Il est difficile de se prononcer à ce sujet d'une façon absolue. Nous croyons qu'on doit en général éviter de pratiquer une extraction chez une femme enceinte et qu'on ne doit s'y résoudre qu'en cas de nécessité absolue.

Par conséquent, quand une femme grosse vient nous trouver atteinte de fluxion ou d'abcès, nous nous efforçons de calmer la fluxion, les douleurs et d'aboutir à la formation de l'abcès dans le vestibule buccal. Nous ouvrons la collection purulente et nous attendons que la malade ait terminé sa grossesse pour pratiquer l'extraction de la dent, si celle-ci est condamnée.

Toutefois, quand nous ne sommes pas certain de guider, comme nous le désirons, l'évolution de l'abcès dans un sens favorable, ou bien lorsque nous pensons que cette attente, le retentissement de la douleur sur l'économie et l'insomnie ont pour la malade plus d'inconvénients que l'extraction, nous n'hésitons pas à opérer.

Notre confrère, le Dr Guillot, de Lyon, dans une communication récente, nous cite quatre cas dans lesquels il a pratiqué des extractions chez des femmes enceintes, avec anesthésie générale, sans avoir eu d'accidents ni pour la mère ni pour l'enfant.

Bien entendu, l'anesthésie générale ne sera employée que lorsque la réfrigération ne permettra pas une insensibilisation suffisante. Nous pensons que le protoxyde doit être choisi de préférence. Naturellement cette conduite n'est pas et ne peut pas être absolue.

Les antécédents jouent un rôle important dans notre décision.

Certaines femmes ont eu déjà plusieurs grossesses qu'elles ont toujours menées à bien, sans accidents, cependant elles ont eu, pendant leur cours, des chutes, des accidents, des émotions, des maladies ; elles ont même subi des opérations importantes ou analogues à celle que nous hésitons à pratiquer, et sans accident. Dans ce cas

il n'y a pour ainsi dire pas à s'occuper de l'état de grossesse.

D'autres ont des antécédents très mauvais. Elles ont eu des fausses couches nombreuses et ces fausses couches reconnaissaient pour causes des traumatismes insignifiants ; parfois même le fait de lever les bras a suffi pour amener un accident, et elles n'ont pu mener à bien une grossesse qu'en restant étendues plusieurs mois sur une chaise longue. Dans ces cas la plus grande attention doit être apportée, et l'intervention réduite à son minimum possible.

Inutile d'ajouter que l'époque de la grossesse, l'époque à laquelle se sont produits les accidents antérieurs, l'intensité probable de la douleur et naturellement aussi l'état d'altération de la dent à extraire donneront également des indications précieuses sur l'intervention à pratiquer.

Lactation. — Nous faisons des réserves semblables au sujet de la période de lactation. Toutefois notre hésitation sera beaucoup moindre, étant donné la bénignité de l'accident qui peut résulter de notre intervention.

Nous sommes partisan, dans ce cas, comme précédemment, de l'anesthésie générale au protoxyde d'azote si l'opération est assez importante et ne peut être rendue suffisamment indolore par la réfrigération seule.

Menstruation. — La menstruation ne nous paraît pas être une contre-indication ; toutefois chez certains sujets, lorsque les circonstances ne commanderont pas une intervention immédiate, il sera préférable d'attendre pour l'extraction. Nous avons attiré jadis l'attention sur la fréquence des accidents à cette époque.

QUATRIÈME CHAPITRE

DU CHOIX DE L'INTERVENTION SUIVANT L'ÉTAT LOCAL.

Voyons maintenant quelles sont les causes locales qui peuvent nous faire pencher soit pour, soit contre l'extraction.

1° *De la marche de la phlegmasie suivant le maxillaire.*

Ici, nous avons à considérer tout d'abord sur quel maxillaire sera implantée la dent, cause de tout le mal.

Est-ce sur le maxillaire supérieur, et le malade se trouve-t-il dans un état physiologique nous permettant ou nous indiquant de retarder l'extraction ? Attendons.

Nous avons bien des chances dans ce cas pour que le pus ne se collecte pas, ou, s'il vient à se collecter, pour qu'il vienne, par suite de l'effet de la pesanteur, à descendre tout naturellement. Donc, s'il n'y a pas une diathèse particulière nous forçant à extraire la dent

pour éviter des complications ultérieures, nous chercherons à conserver l'organe, sauf les considérations qui vont suivre.

La dent, au lieu d'être implantée sur le maxillaire supérieur, l'est-elle sur le maxillaire inférieur, il nous faudra craindre que le pus ne vienne à fuser sous le mylo-hyoïdien. Nous aurons à craindre la formation d'un abcès sous-mentonnier. Si l'on laisse le pus se collecter trop longtemps et que l'on ait affaire à un sujet âgé, à tissus très denses, le pus pourra se faire jour à l'extérieur sur la joue, à la hauteur du corps du maxillaire. Dans la majorité des cas, c'est sur les parties latérales qu'il est à craindre de voir s'ouvrir ces abcès, mais on voit assez fréquemment quelques cas de fistules mentonnières, suite d'abcès produits par les incisives inférieures.

On peut dire qu'en règle générale les accidents infectieux provenant de dents cariées situées à la mâchoire inférieure sont beaucoup plus graves que ceux produits à la mâchoire supérieure. Nous avons cité la fréquence beaucoup plus grande des ouvertures de ces abcès à la peau, à la mâchoire inférieure qu'à la mâchoire supérieure. En raisonnant par analogie, nous pouvons encore nous baser sur la fréquence des accidents d'infection dans les cas de fracture du maxillaire inférieur, où l'abcès sous-mentonnier est presque de règle, et sur leur rareté relative lorsqu'il s'agit du maxillaire supérieur.

2° *Des dents en particulier.*

Ceci dit, examinons maintenant chacune des dents qui peuvent occasionner les accidents infectieux, car chacune peut présenter des caractères différents.

Maxillaire supérieur. — Incisives centrales supérieures. — En règle générale, dans les dents de cette espèce, lorsqu'il vient à se produire une fluxion, l'abcès consécutif tend à se former sur la face externe du bord alvéolaire. Elle intéresse principalement la lèvre dans laquelle l'infiltration œdémateuse vient à se localiser. Si l'œdème est très volumineux, il peut gagner les joues et la paupière inférieure. Supposons que nous ayons affaire à une personne dont la lèvre supérieure à l'état normal découvre entièrement la gencive, ou bien à un enfant. Qu'allons-nous faire ?

Comme nous l'avons dit plus haut, nous nous rendrons compte tout d'abord de la période à laquelle nous nous trouvons, et, suivant cette période, nous appliquerons tel ou tel traitement. Il est presque inutile de dire que tous nos efforts tendront à conserver l'organe, que nous ne l'enlèverons qu'en cas de nécessité absolue, étant donné surtout que cette dent est très visible.

Incisives latérales. — L'abcès, dans ce cas, aura une tendance à se former vers la voûte palatine.

Tous les cliniciens en ont fait la remarque (Magitot, Tomes, Dubois).

Pourquoi ? Nous n'avons trouvé chez aucun auteur une explication pathogénique à ce sujet. Peut-être faut-il chercher l'explication de la fréquence des abcès de la voûte palatine consécutifs à l'infection de l'incisive latérale dans le développement du maxillaire supérieur ? On sait, en effet, d'après les théories d'Albrecht que cet os, entre autres points d'ossification, en présente deux qui sont séparés par une ligne partant de l'incisive latérale pour aller rejoindre la ligne médiane de la voûte palatine.

Canines. — Les canines doivent attirer toute notre attention, car, par suite de la longueur de leur racine et par suite du voisinage de la veine faciale, il peut se produire une phlébite par propagation et l'infection des lymphatiques. Or on sait que cette veine faciale communique directement, à plein canal, à l'angle interne de l'œil avec la veine ophtalmique qui se continue avec les sinus de la dure-mère (Tillaux). Enfin, nous avons à craindre des troubles du côté de l'œil comme le prouvent les observations de Parinaud, Galezowsky, Masselon, etc.

Prémolaires. — Suivant que l'on aura affaire à une première ou à une seconde prémolaire, les phénomènes seront différents.

Première prémolaire. — La première prémolaire présente ordinairement deux racines.

L'abcès est-il formé sur la racine palatine, le gonflement se produira dans le palais même. Au contraire, est-il localisé sur la racine externe, la fluxion se produira dans le repli gingival externe et pourra intéresser toute la joue.

Deuxième prémolaire. — Aurons-nous, au contraire, affaire à une seconde prémolaire, la fluxion sera plus fréquemment externe, quoique le gonflement puisse aussi se produire dans le palais.

Grosses molaires. — Trois racines suivant lesquelles l'abcès sera ou palatin ou externe. En outre, il y a la complication du voisinage du sinus dans lequel une ou même les trois racines peuvent pénétrer. Il y a donc à craindre des complications beaucoup plus graves que celles signalées jusqu'ici pour les autres dents.

Ce que nous venons de dire pour la première grosse molaire peut aussi bien s'appliquer à la seconde et même à la troisième. Cependant, pour cette dernière dont les racines sont la plupart du temps soudées et recourbées, il y a quelquefois à craindre une nécrose de la tubérosité. De plus, il peut se produire des accidents inflammatoires du côté du voile du palais et des amygdales. Toutefois ce sera la première grosse molaire qui amènera le plus souvent des accidents du côté du sinus, et en particulier la racine antéro-externe qui est la plus rapprochée de l'antre d'Hygmore.

Voyons maintenant les dents du maxillaire inférieur.

Maxillaire inférieur. — Incisives centrales et latérales. — L'abcès

est à craindre en ce sens que, comme nous l'avons dit antérieurement, il y a toujours à redouter que le pus ne vienne à fuser et à occasionner des abcès sous-mentonniers.

La fluxion. Elle est surtout antérieure et localisée à la lèvre inférieure et à la région mentonnière.

Canines. — Il en est de même que pour les dents précédentes, avec la différence que les racines sont plus longues, et par conséquent plus susceptibles d'amener des complications et des abcès de la région sous-hyoïdienne.

Prémolaires. — Quant aux prémolaires, la fluxion se produit le plus souvent dans la joue et l'abcès à la partie externe.

Pour les *premières* et *deuxièmes grosses molaires*, l'infection a une tendance à évoluer le plus souvent du côté externe.

Quant à la dent de sagesse, il y a à craindre, outre le trismus, des accidents graves pouvant se localiser aussi bien à la partie externe qu'à la partie interne, du côté du pharynx et des amygdales. Disons encore deux mots de la fréquence des accidents inflammatoires sur les grosses molaires et principalement sur les premières, celles de six ans.

Ces dents venant à évoluer à une époque où l'organisme est encore loin d'avoir parfait sa calcification, et présentant en outre une anatomie toute spéciale par rapport à leurs cuspides et à leurs sillons intercuspidiens, sont appelées plus que toute autre dent à se carier les premières.

La carie se mettra donc très rapidement dans ces dents, fera des progrès rapides et atteindra quelquefois l'organe vital, alors qu'on suppose qu'il n'existe encore qu'une carie débutante.

Le tissu vasculaire de la pulpe se laissera infiltrer beaucoup plus rapidement que chez un adulte, et, les racines, par suite du manque de calcification, étant largement ouvertes, laisseront pénétrer beaucoup plus facilement dans l'alvéole les produits septiques. D'où la fréquence des accidents de la dent de 6 ans.

3° *De la longueur des racines.*

Il nous faut enfin parler maintenant de la longueur des racines pouvant agir comme facteur dans la production des accidents graves.

Nous supposons qu'une dent que nous avons à traiter pour un abcès possède des racines très longues. Cette dent est située à la mâchoire supérieure ; c'est une première grosse molaire. Le sujet est dans la force de l'âge. Son maxillaire est dense, épais. Que va-t-il se passer ? Le pus formé à l'extrémité apicale cherchera à se frayer un chemin pour venir aboutir à l'extérieur ; mais par suite de la hauteur du tissu osseux qui l'enveloppe et de la résistance qu'offre celui-ci, il ne pourra pas évoluer comme il le ferait dans un cas de dent à racines courtes.

D'un autre côté, le pus peut venir à percer dans la voûte palatine, décoller toute la muqueuse et occasionner une nécrose considérable.

Les racines externes peuvent, elles aussi, nous occasionner de graves accidents. Le pus cherche en effet à être évacué le plus vite possible. Que va-t-il se produire ? Il arrivera que, tout en cherchant à descendre et à venir sourdre au collet de la dent, il rencontrera un point faible. Ce point faible ne sera pas situé où il est normalement, c'est-à-dire sur la paroi externe du procès alvéolaire. Il sera situé au-dessus du sillon gingivo-labial. Venant à rencontrer des insertions musculaires, offrant une résistance considérable, il passera au delà de ces insertions et finira par venir se faire jour à l'extérieur sur la joue. Nous avions déjà fait entrevoir ces considérations plus haut.

En outre, par suite de la longueur des racines, l'infection a lieu à une profondeur beaucoup plus grande. Cette infection peut s'étendre aussi bien en largeur qu'en profondeur et l'on voit les conséquences qui découlent tout naturellement de cet état de choses.

Le pus, pour peu que le tissu osseux soit très résistant, peut s'étendre pour ainsi dire en nappe, dans le sens horizontal. Il peut attaquer les racines des dents voisines et être cause de leur chute.

Nous ne saurions trop le répéter: on doit considérer comme un facteur puissant dans la production des accidents inflammatoires la longueur des racines, et le praticien ne saurait trop prendre de précautions pour chercher à se rendre compte de la longueur de celles-ci.

Il devra par tous les moyens dont il dispose — palper vestibulaire, percussion, examen au miroir électrique, interrogation du malade sur les extractions qui ont pu être faites antérieurement — chercher à se rendre compte s'il se trouve en présence de racines longues ou de racines courtes, car, suivant le cas, le pronostic sera grave ou bénin.

4° *De diverses considérations locales.*

Suivant le siège de la dent et son utilité, nous conserverons ou non cet organe ou sa racine. Mais nous nous empressons d'ajouter que cela dépendra encore de causes différentes.

Aurons-nous, par exemple, affaire à une dent surnuméraire ? Il n'y a pas d'hésitation possible, car, outre que la plupart du temps, ces dents tiennent la place de dents normales, font dévier les arcades d'un côté ou de l'autre, en faisant chevaucher les dents normales les unes sur les autres, il faut encore faire rentrer en ligne de compte les anomalies de forme qui caractérisent d'ordinaire ces dents.

Ces anomalies de forme peuvent être aussi bien coronaires que radiculaires. Les racines peuvent être en nombre plus grand qu'à l'ordinaire, étroites, sinueuses, courbées. Elles peuvent être en nom-

bre moindre et la plupart du temps réunies, fondues ensemble. Donc, pour les dents surnuméraires, pas d'hésitation possible.

Lorsqu'elles seront atteintes d'accidents infectieux, nous les sacrifierons.

Aurons-nous affaire, au contraire, à une dent normale, une grosse molaire par exemple, dont le rôle est si utile dans la mastication, nous tenterons de la conserver, mais à une condition, c'est que la couronne ne soit pas trop atteinte. On pourrait nous faire l'objection que, dans le cas d'une dent découronnée, on peut parfaitement, sans extraire les racines, remplacer la couronne absente par une couronne artificielle, soit en or, soit en porcelaine.

Nous l'admettons, mais encore ne faut-il pas que la portion centrale de cette dent soit trop creuse avant la préparation pour placer l'organe artificiel.

Supposons un moment qu'au lieu d'avoir affaire à une dent découronnée, nous ayons affaire à une deuxième grosse molaire supérieure cariée au collet à la face distale. La dent de sagesse, évoluée normalement, se trouve en contact avec cette carie. Garderons-nous cette deuxième grosse molaire ? Certes non, car il n'est possible d'arriver à soigner cette dent qu'en entamant fortement sa face triturante, c'est-à-dire sa face utile.

Quoi qu'en disent certains praticiens pour lesquels la préparation des canaux radiculaires semble une opération toujours très simple, quelles que soient la dent et la courbure des canaux, il est bien difficile de conserver une dent semblable, même lorsqu'il n'y a pas eu de phénomènes infectieux. A plus forte raison, lorsque cette dent aura occasionné fluxion, abcès, etc. Nous ne la conserverons donc pas. Nous trouvons-nous en présence d'une dent ayant été drainée antérieurement ? Ici nous n'avons presque jamais d'hésitation. Nous la sacrifions le plus souvent.

Signalons également que l'intervention sera souvent facile à décider lorsqu'il s'agira d'une dent qui a été atteinte de carie perforante avant que ses racines soient formées en totalité. Dans ces conditions, les canaux radiculaires sont largement couverts et communiquent directement avec le maxillaire, comme dans une dent temporaire en voie de résorption. Nous pratiquerons l'extraction.

De même lorsque la racine dont il s'agit est incapable de servir de moignon pour un pivot.

De même aussi, lorsqu'il s'agit d'une dent atteinte d'ostéo-périostite, nous ne sommes pas partisan de tentatives exagérées de conservation, puisque l'organe est le plus souvent condamné.

De même enfin quand il s'agit d'une bouche atteinte de stomatite intense ou de gingivite grave. *(A suivre.)*

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 **A CÉDER** pour cause d'accident dans le travail **Cabinet dentaire** dans préfecture du Centre, affaires 35.000 fr. Allant toujours en augmentant. Installation splendide. A traiter avec peu de comptant. On restera avec l'acquéreur à volonté. Voir pour tous renseignements M. Sola, 126, boul. Voltaire de 9 h. à 2 h. où fixer rendez-vous. (136-[2])

---

2 **BON MÉCANICIEN** ayant obtenu en *Belgique* son *diplôme de chirurgien-dentiste* cherche emploi dans maison sérieuse. S'adresser : M. Louis Hirsch, chez M. Fürst, 17, Galerie de la Reine, Bruxelles (27626). (135-[2])

---

3 **DENTISTE AMÉRICAIN**, gradué du Collège dentaire de *Philadelphie*, spécialité en *Crown and Bridge Work*, possédant les meilleures références, désire une place d'opérateur. honoraires 200 francs par semaine. S'adresser au D[r] A. Chiavaro, Gen. del. Philadelphie, Pa. (134-[2])

---

4 **A VENDRE A PARIS** : Cabinet fondé depuis plus de 10 ans, près d'une gare. *Consultations 3 jours par semaine*, affaires de 5 à 7.000 fr. prouvés par comptabilité. Loyer 1.200 fr. Bail. Prix 6.000 fr. *Pourrait être réuni avec le cabinet suivant.* Pour renseignements s'adresser au secrétariat de l'Ecole. (133-[3])

---

5 **A VENDRE AUX ENVIRONS DE PARIS**, ligne de l'*Est*, Cabinet fondé depuis 9 ans, conviendrait à dentiste pouvant disposer de *3 matinées par semaine* (9 h. à midi). Affaires de 6 à 7.000 fr. prouvées par comptabilité. Loyer 200 fr. Bail. Prix 7.000 fr. *Pourrait être réuni avec le cabinet ci-dessus.* Pour renseignements s'adresser au secrétariat de l'Ecole. (132-[3])

6

---

7 **A CÉDER** pour cause de santé, dans une station d'hiver, un cabinet dentaire d'un rapport de 8 à 10.000 francs. *Conditions très avantageuses.* S'adresser à H. V. aux soins de M. Ed. Papot, 67, rue St-Lazare, Paris. (129-[4])

8

9

---

10 **On demande** des **JEUNES MÉCANICIENS** ayant fait un très bon apprentissage. Se présenter de 11 heures à midi chez M. Platschick, 3, Rue Ventadour, Paris. (123-[5])

11

---

12 **DOCTEUR EN MÉDECINE** demande emploi quelconque dans Ecole dentaire, clinique ou comme assistant d'un dentiste. — Conditions à débattre. Ecrire à M. E. Bonnard, 46, rue Lafayette, Paris. (105-[16])



ÉCHOS DE RUSSIE

Nous avons eu, le mois dernier, le plaisir de signaler à l'attention de nos lecteurs le décret impérial autorisant la publication en langue russe, sous la rédaction de MM. les docteurs Kovarsky, Urénius, et Tchemodanoff, d'un journal dentaire ayant pour titre « Odontologicheskoie obozrénié. »

Aujourd'hui nous venons de recevoir le premier numéro de cette nouvelle publication et il nous est impossible de ne pas applaudir aux qualités vraiment sérieuses dont elle se recommande à l'attention du monde professionnel.

Il convient de remarquer que le nouveau journal odontologique se présente avant tout comme organe officiel de la Société Odontologique de Moscou, et cette circonstance est d'autant plus digne d'être notée que toutes les publications dentaires périodiques en Russie n'ont été jusqu'à ce jour que des entreprises individuelles. La nouvelle publication n'est donc pas une manifestation isolée de la vie intellectuelle et scientifique de nos confrères de Russie, mais bien l'expression saisissante et active d'un groupement professionnel solidement organisé et vivant. Et c'est à ce titre particulier que notre nouveau confrère a droit à nos sincères félicitations.

L'édition du journal est faite avec un grand soin. Les matériaux de publication peuvent être divisés en quatre parties :

I. Travaux originaux.

II. Communications originales et actes de la Société d'Odontologie de Moscou.

III. Traductions de publications étrangères.

IV. Variétés.

Le journal débute par une monographie curieuse et fort intéressante du Dr Levitski, Privat-Docent de la Faculté de Moscou, portant le titre : « Matériaux pour servir à l'histoire de l'exercice de l'art dentaire en Russie ». Les documents puisés aux sources officielles remontent à 1754 environ, et, chose intéressante, c'est à un Français, M. Jacques Clairet, élève de Fauchard, qu'appartient l'honneur d'inaugurer la liste des dentistes dont les documents historiques ont gardé le souvenir. L'auteur consacre à ce colonisateur de l'art dentaire français deux grandes pages, que nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici in extenso, faute de place. Un autre de nos compa-

triotes M. François Dubreuil, de Montpellier, exerçait également avec beaucoup de succès la profession de dentiste dans la seconde moitié du dix-huitième siècle. Cette étude historique, dont la continuation se poursuivra dans les prochains numéros, fourmille de détails biographiques curieux et nous éclaire sur les conditions légales de l'exercice de l'art dentaire en Russie à cette époque.

Parmi d'autres travaux originaux il importe de signaler celui du Dr Tchemodanof, rapport présenté à la Société d'Odontologie de Moscou, sous le titre « Amputatio pulpæ dentis ». C'est une étude historique et critique de tous les procédés préconisés par les différents auteurs pour prévenir l'infection et la décomposition des terminaisons radiculaires de la pulpe dentaire à la suite de l'amputation de sa partie coronaire dans le traitement de la carie dite du 3me degré. Cette étude est accompagnée de plusieurs planches coloriées, illustrant schématiquement et avec une grande netteté les différentes modifications que les auteurs ont apportées successivement à cette importante opération dentaire.

La traduction des articles étrangers occupe une place honorable dans le journal; elle est faite avec soin et digne de tout éloge.

Nous devons citer, entre autres travaux de cet ordre, celui du professeur Arkövi de Budapest dont le titre est « Contribution à la pathologie et à la thérapeutique de l'abcès alvéolaire chronique ».

Enfin, les actes de la Société d'Odontologie de Moscou débutent par la première séance d'inauguration de cette Société qui eut lieu le 20 janvier 1898 sous la présidence de M. le Dr Urénius. De nombreux discours y furent prononcés à cette occasion, dont deux par Mmes Kourkine et Sachabski, qui ne furent pas les moins éloquents.

Signalons parmi les « variétés » une note pleine de détails sur la nouvelle installation, l'organisation et le fonctionnement de l'Ecole dentaire de Paris et ses services et institutions annexes.

MENDEL JOSEPH.



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, *45, rue de La Tour-d'Auvergne.*

L'exercice de la médecine et le charlatanisme

Par M. le professeur BROUARDEL.

C'est avec un vif intérêt, qu'expliquent et la forme attrayante et l'esprit essentiellement pratique qui l'animent, que j'ai lu le remarquable volume que l'honorable doyen de la Faculté de médecine publie chez Baillière et dont je ne saurais trop recommander la lecture à mes confrères.

C'est une étude détaillée, je dirais presque imagée, de la loi de 1892, de ses applications, des fraudes qu'elle ne peut éviter, complétée par un cours sur la responsabilité du médecin dans l'exercice de sa profession et une description du charlatanisme et de l'exercice illégal de la médecine. M. le professeur Brouardel a su traiter ce sujet aride de façon à en rendre la compréhension facile et même — le croirait-on ? — la lecture agréable à des cerveaux non familiarisés avec les textes de droit. Il a pris des exemples, cité des jugements, mis en lumière les infractions que peut commettre l'homme de l'art envers les lois qui nous régissent et lui a ainsi donné le moyen de les éviter.

Parmi les pages qu'il consacre aux dentistes il est quelques phrases que je crois devoir reproduire, car elles empruntent une grande valeur à l'autorité incontestée et au caractère officiel de l'auteur.

Voici qui nous fixe au sujet des prescriptions du dentiste :

« Le chirurgien-dentiste a-t-il ou non le droit de faire des ordonnances ?... — Pour moi, il me semble que l'on demande maintenant au chirurgien-dentiste des garanties suffisantes pour lui permettre d'ordonner ce qu'il juge susceptible d'être utile à son client, en ce qui concerne les soins des dents, des gencives et de la bouche. Du reste, cette question sera examinée quand viendra en discussion la loi sur l'exercice de la pharmacie, qui, depuis de longues années, est à l'étude devant le Parlement. »

En deuxième lieu :

« Quelle est la limite qui doit être assignée à l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste ? Par définition, le dentiste est celui qui

s'occupe de soigner les dents ; mais il est certain que son rôle s'étend au delà de l'extraction, du plombage et de l'aurification. »

Ainsi une gingivite sera de son ressort, mais une opération comme la résection du maxillaire ou une intervention chirurgicale dans une suppuration de l'antre d'Higmore rentreront dans le domaine du médecin.

Enfin, M. le professeur Brouardel considère la réglementation actuelle de l'art dentaire comme absolument provisoire ; c'est, à son avis, une loi d'épuration seulement.

« Nous verrons se produire, pour les dentistes, l'évolution que je vous ai exposée au sujet des officiers de santé. A mesure que les études des chirurgiens-dentistes deviendront plus sérieuses, elles atteindront progressivement celles du docteur en médecine ; plus ces deux branches d'études se rapprocheront, plus le nombre des chirurgiens-dentistes non docteurs ira en diminuant ; j'espère que dans vingt ou trente ans nous serons arrivés au résultat souhaité et que tous les dentistes, ou presque tous, seront docteurs. »

Il me semble qu'il existe une légère contradiction entre le paragraphe que je viens de citer et celui-ci qui le précède de quelques lignes :

« Les soins à donner dans les divers degrés de carie dentaire exigent une étude spéciale, une habitude qui nécessiterait, à la suite des études de médecine, un stage plus ou moins long dans un institut dentaire ; la prothèse est une branche importante qui, elle aussi, devrait être étudiée par le médecin-dentiste. Dans l'état actuel, je crois qu'il est impossible d'exiger des docteurs des études complètes en art dentaire et je pense que *le client préfèrerait un dentiste ordinaire à un docteur n'ayant pas fait d'études spéciales, et dans l'habileté manuelle duquel il n'aurait, peut-être avec raison, qu'une médiocre confiance.* »

Mais c'est le programme que l'Ecole dentaire de Paris a toujours soutenu, et plus tard, comme dans l'état actuel, les mêmes raisons — la longue durée qu'exigent les *études spéciales* pour exercer l'art dentaire d'une manière compétente — ne s'opposeront-elles pas à l'établissement du doctorat obligatoire pour les dentistes ? En Autriche, dont M. le professeur Brouardel invoque l'exemple, le doctorat est exigé, il est vrai ; mais si le nombre des dentistes est suffisant, ce n'est pas uniquement dû aux raisons qu'il nous donne, c'est-à-dire « à l'application d'une façon continue dans ce pays, depuis 1740, d'une réglementation analogue à celle qui existait alors en France en vertu des édits de 1730 et de 1798 » ; cet état de choses reconnaît surtout pour cause la tolérance dont jouissent les simples dentistes-techniciens qui font non seulement de la prothèse, mais donnent aussi des soins de bouche, forment des sociétés nombreuses et ont une clientèle importante.

M. le doyen fixe un laps de vingt à trente ans pour cette transformation qu'il souhaite ; si l'on se rappelle que la loi *provisoire* du 19 ventôse an XI a laissé vivre les officiers de santé pendant près d'un siècle, et si l'on songe qu'en notre beau pays de France il n'y a encore que le provisoire pour durer longtemps, les chirurgiens-dentistes peuvent, je crois, se bercer du doux espoir de longue vie, surtout si l'on considère leur organisation actuelle, leurs nombreuses sociétés professionnelles, leurs journaux, leurs écoles.

G. Gross.

Relazione delle cure odontojatriche e protesi chirurgiche eseguite a militari feriti nei combattimenti d'Africa e ad altri appartinenti al presidio di Napoli.

Nous avons reçu sous ce titre une brochure de 39 pages due à M. Vincenzo Guérini, de Naples, que nos lecteurs se souviennent sans doute d'avoir vu au premier Congrès dentaire international de Paris en 1889, et qui avait présenté, entre autres, des obturations de corail fort curieuses. Dans cet ouvrage (Rapport sur les soins dentaires et les appareils de prothèse nécessités par les soldats blessés dans les combats livrés en Afrique et par des militaires de la garnison de Naples), M. Guérini rend compte des diverses opérations et confections d'appareils prothétiques auxquelles il s'est livré sur 101 soldats italiens qui ont pris part à la lutte contre Ménélick. M. Guérini a entrepris cette tâche louable gratuitement, avec l'autorisation du Ministre de la guerre. L'ensemble des opérations a porté sur 112 traitements, 22 obturations, 158 extractions, et 12 appareils prothétiques.

M. Guérini fait précéder cette nomenclature, présentée sous forme de tableaux, de quelques pages de réflexions sur la nécessité de l'adjonction de chirurgiens-dentistes au corps de santé militaire, opinion que nous avons soutenue ici à maintes reprises et qui a fait l'objet de vœux émis au Congrès de Paris en 1897. Nous sommes heureux de voir notre distingué confrère de Naples partager à cet égard notre manière de voir et nous le remercions bien vivement de l'envoi de sa brochure.

Contribucion al estudio odontologico.

Sous ce titre nous avons reçu une brochure de 96 pages, dont l'auteur est M. Adolphe Damians, médecin-dentiste à Barcelone, diplômé de l'Ecole dentaire de Paris.

Cet ouvrage, qui est un compendium d'anatomie, d'histologie et

d'embryogénie dentaires, de la carie dentaire et de l'hygiène de la bouche, est divisé en 3 parties : la première consacrée à l'anatomie, à l'embryologie et à l'histologie des dents ; la seconde à la carie dentaire, avec quelques indications étiologiques ; la troisième aux anomalies et à l'hygiène. Nos connaissances actuelles de ces questions y sont clairement exposées et condensées de sorte que la lecture de ce petit traité donne un aperçu rapide et sommaire de la science odontologique.





NOUVELLES

Mission de M. le Dr Zentler

M. le Dr Arthur Zentler, D. D. S., chargé, ainsi que nous l'avons annoncé dans notre numéro du 15 janvier, d'une mission pour étudier en France l'organisation de l'enseignement de l'art dentaire, vient de quitter Paris après un séjour de trois mois.

Avant de retourner à Bucharest, M. le Dr Zentler a exprimé dans une lettre écrite à notre Directeur M. Godon, tous ses remerciements pour l'aimable accueil qu'il a reçu à l'Ecole dentaire de Paris de la part des divers membres du corps enseignant.

Distinctions honorifiques.

Nous relevons les promotions suivantes dans le *Journal officiel* du 27 février dernier.

Officiers de l'Instruction publique.

MM. Ducuing (François), avocat, adjoint au maire du VIIIe arrondissement de Paris.
Dr Mora, inspecteur à l'Ecole Odontotechnique.

Officiers d'Académie.

Mlle Avice, professeur d'Odontologie (?!) à Paris.

M. Bousquet (Antoine), chirurgien-dentiste des hôpitaux de Carcassonne.

M. le Dr Capdepont, médecin-dentiste des asiles de la Seine.

M. le Dr Dunogier (Paul-Etienne), médecin à Paris.

M. Mandon (Jean-Marie-Victor), professeur libre et publiciste à Paris.

M. le Dr Moiroud, médecin chirurgien-dentiste de l'hôpital Cochin et de la Maternité.

M. Pigneret, chirurgien-dentiste au dispensaire de la Caisse des Ecoles du XVIIe arrondissement.

M. le Dr Pomme de Mirimonde (Léon).

M. Roger, chirurgien-dentiste à Paris.

Toutes nos félicitations aux nouveaux promus et notamment à M. Ducuing, le distingué membre de notre Conseil judiciaire, et à M. Mandon, attaché à notre journal depuis onze ans.

Conférence en Belgique.

Une lettre de Belgique nous apprend que la conférence faite par M. le Dr Roy, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, a obtenu à Bruxelles un vif succès. Nous la publierons dans un prochain numéro.

Liste de présentation des candidats a la place vacante dans la classe des associés libres de l'Académie de médecine.

En première ligne, M. Filhol ; *en deuxième ligne*, M. Galippe ; *en troisième ligne* et *ex æquo*, MM. Commenge et Corlieu ; *en quatrième ligne* et *ex æquo*, MM. Galezowski et J. Voisin.

Le cabinet Lecaudey.

Un de nos confrères *(Le Monde Dentaire)* ayant annoncé que M. E. Lecaudey venait de céder son cabinet à MM. Magub et Tireau, nous ne pouvons laisser passer cette nouvelle sans la souligner. Nos deux collègues, tous deux D. E. D. P., sont connus et estimés de nous tous et font partie de notre association.

Nous sommes heureux de rappeler à cette occasion que notre ami Magub a, l'un des premiers, adhéré à notre Société de l'École dentaire de Paris, dont il est membre fondateur.

Nous sommes convaincus que ce cabinet, qui est l'un des plus importants de Paris, ne pouvait passer en de meilleures mains.

G. V.

Exposition d'instruments dentaires.

Une exposition d'instruments dentaires et de fournitures pour dentistes aura lieu à Berlin les 25 et 26 mars, à l'occasion du 25e anniversaire de la fondation de la Société dentaire de Berlin.

Cette exposition se tiendra dans les locaux de la Société de chirurgie, Langenbeckhaus, 10/11 Ziegelstrasse.

BULLETIN

DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

DE L'ECOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 15 *novembre* 1898.

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Bonnard, d'Argent, Lemerle, de Marion, Martinier, Papot, Prevel, Richard-Chauvin, Sauvez, Stévenin, Viau.

M. le secrétaire adjoint donne lecture du procès-verbal, qui est mis aux voix et adopté.

Sur sa proposition, la date du 7 janvier est adoptée pour le concours des chefs de clinique d'anesthésie.

M. Godon dit que la rentrée s'est effectuée brillamment.

Il rend compte de la visite de l'inspecteur d'Académie et aborde la question de la fête de réouverture.

A la suite d'un échange d'observations entre *MM. Prevel, Richard-Chauvin, Stévenin, Sauvez et Bonnard*, il est décidé que cette fête restera ce qu'elle était les années précédentes et que les élèves y seront invités.

Il est décidé également que les élèves nommeront deux délégués par année, responsables et intermédiaires auprès de l'Administration, mesure qui sera portée à leur connaissance par voie d'affiches.

M. *Prevel* donne lecture d'un rapport concluant à l'achat de dix fauteuils d'opérations.

Après diverses observations présentées par *MM. Godon, d'Argent, Sauvez, Richard-Chauvin, de Marion, Lemerle, Martinier, Viau* et *Papot*, l'achat de ces fauteuils est décidé.

Une proposition de *M. Richard-Chauvin*, tendant à l'agrandissement de la salle de dentisterie opératoire est renvoyée à la Commission du local, qui fera un rapport sur la question à la prochaine séance.

M. Prevel soumet les comptes du dîner du corps enseignant, qui sont adoptés.

Une discussion s'engage, à propos de l'emploi de l'anesthésie, entre *MM. d'Argent, Sauvez, Papot, Martinier* et *Godon.*

Une proposition de *M. d'Argent* tendant à ce qu'à l'Ecole on n'emploie aucun produit sans qu'on sache ce qu'il contient est renvoyée à la Commission d'anesthésie.

M. de Marion offre à l'Ecole une planche d'anatomie comparée. Des remerciements lui sont adressés.

M. Lemerle présente des observations au sujet du matériel.

Il est décidé, après intervention de *M. Martinier*, que le conservateur du musée sera chargé de contrôler la remise des pièces pour les divers cours.

Mme Monet et M. Christo sont admis comme membres de la Société.

Une demande de réintégration présentée par M. S... est renvoyée au Conseil de famille.

M. Godon donne lecture d'une lettre de remercîments de M. le Dr Frey, nommé professeur titulaire.

M. Martinier communique une demande d'admission comme élève adressée par M. Mayer. — Cette admission est prononcée.

M. Godon fait part de la mort de Mme Duvoisin et exprime les regrets que cause cette perte au conseil.

Sur la proposition de *M. Godon* et après observations de *MM. Sauvez, Godon, Papot, Martinier* et *Lemerle*, M. Retterer, professeur agrégé à la Faculté de médecine, qui accepte, est chargé du cours d'anatomie régionale avec un adjoint désigné par lui.

M. Sauvez est chargé de s'entendre avec M. Retterer, son adjoint et M. Launois sur le programme.

Une demande de M. Grimbert tendant à la nomination d'un préparateur du cours de bactériologie est renvoyée à la Commission d'enseignement.

M. Sauvez donne lecture du programme du concours pour les chefs de clinique d'anesthésie, qui est adopté après observations de *MM. Papot* et *Martinier*.

M. Papot donne lecture de la liste des attributions de récompenses, qui est approuvée.

Il annonce que des prix ont été offerts par les maisons White, Lemaire, Cornelsen, Joubert, Ash et Friese, et par le Ministère du commerce.

M. Papot donne lecture, au nom de la Commission scolaire, d'un rapport sur la délivrance régulière des inscriptions, les épreuves pratiques, les examens, un projet de carnet scolaire, etc. Les diverses conclusions sont successivement mises aux voix et adoptées ; l'ensemble est ensuite adopté également.

Le Conseil félicite M. Papot du travail considérable que lui a occasionné ce rapport.

Sur la proposition de *M. Bonnard*, M. le secrétaire général est chargé de demander au conseil municipal de Paris une subvention en faveur de la bibliothèque de l'Ecole.

M. Bonnard est autorisé, sur sa demande également, à faire imprimer 1.000 exemplaires du catologue pour la somme de 287 fr. 35.

M. Sauvez rend compte de la correspondance échangée depuis la dernière séance.

L'assemblée se sépare à minuit 1/4.

Le Secrétaire général,
P. Martinier.

Réunion du 15 *décembre* 1898.

Présidence de M. Godon, président, puis de M. Viau, vice-président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Bonnard, d'Argent, Lemerle, de Marion, Martinier, Papot, Prevel, Richard-Chauvin, Sauvez, Stévenin, Viau.

M. Sauvez donne lecture du procès-verbal, qui est mis aux voix et adopté sans observation.

M. Martinier fait connaître le plan du rapport qu'il présentera à l'assemblée générale.

Ce plan est approuvé.

M. d'Argent indique les données sur lesquelles sera établi son rapport à cette assemblée.

Ces indications sont approuvées.

Sur la proposition de *M. Godon*, des remercîments sont votés à M. le trésorier pour la gestion financière si difficile de l'année 1898, gestion qu'il a su mener à bien.

MM. Paul Roger, Dr Marie et Pont et Mlle Chamblard sont, sur leur demande, admis comme membres de la Société.

M. Sauvez communique une lettre par laquelle M. Sardin déclare retirer sa demande d'admission.

M. Papot donne lecture du rapport de la Commission scolaire. Après diverses observations de *MM. Papot, Martinier, Godon, Stévenin* et *de Marion*, une proposition de ce dernier tendant à refuser des soins aux malades qui ne sont pas indigents est renvoyée à la Commission d'enseignement.

Il est décidé, à la suite de diverses remarques de *MM. Richard-Chauvin, Lemerle* et *Viau*, que les élèves signeront une feuille de présence en sortant des cours, sous le contrôle du surveillant général, mais qu'ils ne pourront plus entrer aux cours ni au milieu ni à la fin de ceux-ci. L'appel fait par quelques professeurs sera supprimé. Les cours ne devront pas commencer avant l'heure fixée.

Une proposition de *M. Godon* tendant à la suppression de l'examen pratique pour les élèves qui auront une bonne moyenne de carnet est prise en considération et renvoyée à la Commission d'enseignement.

Les conclusions de la Commission scolaire sont adoptées.

M. Papot donne lecture d'une pétition des élèves-docteurs tendant à la dispense de certaines épreuves.

Après un échange d'observations entre *MM. Godon, Sauvez, Richard-Chauvin, Martinier, Stévenin, d'Argent* et *Lemerle*, la pétition est renvoyée à la Commission scolaire, pour être soumise ensuite au conseil du corps enseignant, qui devra l'examiner conjointement avec la Commission d'enseignement.

M. Lemerle donne lecture d'un projet de règlement concernant les nouveaux démonstrateurs, qui est mis aux voix et adopté.

Sur la proposition de *M. Godon*, il est décidé que le téléphone sera posé à l'Ecole.

M. Godon formule une proposition de retraite pour les employés de l'Ecole, proposition qui, après observations de *MM. Richard-Chauvin, d'Argent* et *Sauvez*, est renvoyée à la prochaine séance.

M. Viau remplace M. Godon à la présidence.

M. Papot soumet une demande formée par M. B... relativement à son admission avec une réduction des droits scolaires.

Après observations de *MM. d'Argent, Sauvez, Richard-Chauvin* et *Papot*, il est décidé que des renseignements seront demandés à l'Ecole odontotechnique et que le bureau statuera ensuite.

M. Martinier rend compte qu'une peine disciplinaire a été infligée à l'élève R...

Cette punition est confirmée après observations de *MM. Richard-Chauvin* et *Martinier*.

Ce dernier communique une lettre de M. Jeay tendant à l'achat d'un fauteuil modèle Martinier.

Cet achat est voté.

Un achat de dents destinées au laboratoire de prothèse est approuvé.

M. Sauvez rend compte de la correspondance échangée depuis la dernière séance, qui comprend 52 lettres.

Il fait connaître qu'un dentiste demande l'avis de l'Ecole sur un produit.

Le Conseil estime que ce produit doit d'abord être présenté à la Société d'Odontologie.

M. Sauvez fait part ensuite de la plainte d'un malade qui a été renvoyé de la clinique.

MM. Martinier, Bonnard et *de Marion* présentent diverses observations.

M. Martinier demande notamment que l'administration fasse une enquête avant d'admettre ou de refuser les malades qui lui sont signalés.

Une demande de M. Hermann est renvoyée à la Commission scolaire.

M. Viau fait part du décès de M. Rudesindo Trallero, de Barcelone.

M. Martinier annonce que M. Staviski a remercié par lettre de son admission dans la Société.

M. Papot fait la même communication en ce qui concerne M. Christo.

M. Prevel donne lecture de son rapport sur la fête de réouverture.

Le rapport est adopté.

En raison de l'heure avancée, le bureau est chargé de traiter les questions suivantes portées à l'ordre du jour : Modifications aux statuts et aux brochures ; ordre du jour de l'assemblée générale ; membres sortants et démissionnaires.

L'assemblée générale est fixée au 20 décembre.

M. Bonnard donne quelques indications sur le service de lecture sur place qui fonctionne de 1 heure à 5 heures.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire général,
P. Martinier.

19e ANNÉE. N° 6 30 MARS 1899 IIe SÉRIE. VOL. VIII.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

Travaux Originaux

SUR LA PATHOGÉNIE DE LA NÉCROSE PHOSPHORÉE DES MAXILLAIRES ET LA THÉORIE DE MAGITOT

Par M. MENDEL JOSEPH,

Chef des travaux pratiques d'histologie à l'Ecole dentaire de Paris.

Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 7 mars 1899).

A l'une des dernières séances de la Société d'Odontologie M. Rollin fit une présentation intéressante d'un cas de nécrose phosphorée du maxillaire supérieur. Questionné sur la façon dont il concevait le mode d'action de l'agent toxique, notre confrère a simplement invoqué la théorie de Magitot, suivant laquelle, on le sait, les vapeurs de phosphore agiraient sur les maxillaires, grâce à la perméabilité des canaux dentaires devenus accessibles par le progrès de la carie pénétrante. Les vapeurs phosphorées, après avoir traversé le canal dentaire et franchi l'orifice apical de la racine, se trouveraient en contact immédiat avec le tissu osseux et exerceraient ainsi directement leurs effets délétères.

A première vue, cette façon d'envisager la pathogénie de la nécrose phosphorée des maxillaires n'offre rien d'irrationnel ; elle paraît s'accorder, en général, avec l'observation clinique ; elle tend à mettre en lumière le rôle indénia-

ble que joue la carie dentaire dans la production de la nécrose et, chose précieuse pour nombre d'esprits, elle simplifie singulièrement la solution du problème complexe de la pathogénie de la nécrose phosphorée des maxillaires. C'est pourquoi elle est aussi favorablement acceptée dans le monde médical que dans le monde dentaire.

Cependant, en examinant le sujet d'une façon plus circonstanciée, nous avons été conduit à penser que les auteurs de cette théorie ont méconnu certaines conditions essentielles, dont la considération les eût amenés à formuler leurs conclusions d'une façon moins absolue.

Ces conditions sont d'ordre anatomique, physique et chimique.

L'étude de l'anatomie des canaux dentaires nous montre tous qu'ils se distinguent par l'extrême ténuité de leur calibre. Dans la portion apicale de la racine le calibre des canaux est tellement faible que nos sondes les plus fines y pénètrent avec peine, même dans les canaux plus spacieux l'orifice apical est très réduit. Si à ces conditions nous ajoutons la forme conique, la direction généralement curviligne et, souvent, un certain degré de villosité des canaux dentaires, nous arrivons à conclure que leur perméabilité est loin d'être facile, ce qui ne saurait être considéré comme une circonstance favorable à la pénétration des vapeurs phosphorées.

Mais admettons que le peu de perméabilité des canaux dentaires, dû à leur conformation anatomique, soit une circonstance insuffisante pour s'opposer à l'introduction de la matière phosphorée, et examinons le mécanisme probable de cette pénétration.

Ici deux possibilités sont à envisager :

1° Le phosphore s'introduirait dans le canal dentaire sous forme de vapeurs et tel qu'il se présente dans les ateliers de fabrication des allumettes.

2° Le phosphore s'introduirait dans le canal avec les liquides buccaux dans lesquels il se trouverait en dissolution.

*
* *

La première de ces hypothèses ne saurait être acceptée après une analyse sérieuse des choses. En effet, les vapeurs phosphorées rencontreraient ici des obstacles pour ainsi dire insurmontables. C'est d'abord l'obstruction mécanique des canaux dentaires, obstruction d'autant plus facile à réaliser et plus difficile à vaincre que les canaux sont normalement étroits ; c'est ensuite la résistance physique qu'opposeraient aux vapeurs phosphorées les produits volatiles élaborés dans l'intérieur des canaux dentaires. En effet, le contenu de ces canaux, composé de débris pulpaires et d'autres substances de nature très diverses provenant de l'alimentation, est le siège d'une désagrégation moléculaire constante, avec formation de corps nouveaux et dégagement de produits volatiles : hydrogène phosphoré, sulfuré, carboné, vapeur d'eau, etc. En raison de l'élaboration incessante de corps gazeux la tension intra-radiculaire est nécessairement supérieure à la tension de l'atmosphère ordinaire, et pour que les vapeurs phosphorées ou autres puissent y pénétrer, il est indispensable qu'elles y soient introduites sous une pression supérieure à la pression intra-radiculaire, ce qu'il est difficile d'admettre dans la pratique. D'ailleurs, comment expliquer la tendance exceptionnelle que les vapeurs phosphorées manifesteraient à se diriger du côté du maximum de résistance atmosphérique, c'est-à-dire du côté de l'orifice apical, alors que tous les autres gaz produits sur place, dans le canal, montreraient une tendance absolument contraire, conforme aux lois de diffusion des corps gazeux, en se dégageant, sauf obstacle accidentel ou opératoire, dans le sens du minimum de résistance, c'est-à-dire dans l'atmosphère libre.

L'hypothèse suivant laquelle le phosphore, dissous dans les liquides buccaux, s'introduirait avec ces derniers dans le canal dentaire et de là jusqu'au fond de l'alvéole, se présente au premier abord comme très séduisante. Elle semble en effet répondre à une conception à la fois simple et ration

nelle, car rien ne paraît plus logique que d'admettre que la salive puisse pénétrer dans un canal dentaire qu'elle baigne à tout instant.

Et cependant l'observation de faits cliniques, très simples et très nombreux, nous permet d'adresser de sérieuses objections à cette manière de voir.

Chacun de nous a eu l'occasion d'observer maintes et maintes fois dans la bouche de nos patients des racines dentaires restées sur place après la destruction de la couronne qui les surmontait. Souvent ces patients, guidés par les conseils de leur dentiste, consentent à soumettre ces racines à un traitement approprié et à l'obturation hermétique. Mais souvent aussi, pour des raisons diverses, ils préfèrent les laisser tranquilles, n'en souffrant pas et n'éprouvant de ce fait aucun inconvénient appréciable.

Pour ma part, je conseille toujours de conserver ces racines, alors même que le patient refuse de les soigner ou de les utiliser dans un but prothétique, à condition toutefois que ces racines n'exercent aucune action irritante sur les tissus adjacents.

Je considère leur conservation comme d'une grande utilité pour retarder la déformation des maxillaires consécutive à l'extraction dentaire et surtout pour retarder le travail de résorption alvéolaire et le retrait de la gencive, si préjudiciables aux dents voisines.

Une autre raison me guide dans cette conduite : c'est que dans un grand nombre de cas que j'ai eu l'occasion d'observer, j'ai rarement constaté, dans les bouches proprement entretenues, du côté de l'alvéole des complications infectieuses dues à leur présence. Si les phénomènes infectieux de ce côté existaient, ils existaient presque toujours antérieurement à la disparition de la couronne. J'ai pu, par contre, voir à plusieurs reprises les accidents inflammatoires préexistants s'amender et finalement disparaître quelque temps après la destruction et la disparition totale de la couronne.

Ces faits simplement banals, d'observation quotidienne,

méritent d'arrêter notre attention, car ils nous fournissent un enseignement précieux sur la façon dont les substances présentes dans la bouche se comportent vis-à-vis des racines et de leurs canalicules.

Voici, en effet, une racine dont le canal ouvert demeure accessible à l'ingression éventuelle de toute matière solide ou liquide que peut contenir la cavité buccale. L'intérieur de ce canal est, nous le savons, rempli des matières les plus diverses et les plus propres à entretenir la culture des agents infectieux. Il suffit de forcer cette masse caséeuse à l'aide d'une sonde à travers l'orifice de l'extrémité apicale de la racine pour apprécier la puissance nocive du contenu radiculaire. A cette masse solide se joint l'élément liquide, salive mêlée à d'autres matières, qui, introduites dans le canal, contribuent à entretenir les phénomènes de fermentation. Et, malgré cela, malgré tant de danger d'infection, que voyons-nous? Ces racines demeurent silencieuses dans la bouche de leur possesseur, sans occasionner la moindre douleur, et leur seul inconvénient réel est représenté par l'émanation des produits gazeux qui s'élaborent au sein de cette étuve intradiculaire.

N'est-ce pas là une démonstration évidente que dans les conditions ordinaires les substances solides ou liquides qui peuvent s'introduire dans le canal radiculaire ne vont pas au delà de l'orifice apical et que, aussi longtemps que l'orifice libre du canal n'est pas obstrué et que les produits de la fermentation peuvent s'échapper librement à l'extérieur, l'accident infectieux n'est pas à redouter? Car il est clair que, s'il n'en était pas ainsi, si les matières contenues dans les canaux radiculaires, matières éminemment septiques, pouvaient sans difficulté pénétrer dans l'alvéole, les accidents infectieux seraient constants et inévitables.

*
* *

Considérée au point de vue purement chimique, la théorie de Magitot n'est pas moins vulnérable. En fait, la chambre pulpaire avec ses prolongements canaliculaires de la

racine est un petit laboratoire, ou mieux une petite cornue de chimie où des réactions multiples et complexes s'opèrent sans cesse : d'abord l'apparition de l'acide lactique, sécrété par les micro-organismes habituels de la carie dentaire, attaquant les sels de calcium ; le dédoublement des phosphates, des carbonates avec mise en liberté des acides phosphorique et carbonique; la formation de lactate de chaux par l'union de l'acide lactique et de l'oxyde de calcium ; ensuite la décomposition moléculaire des éléments protéïdes de la dentine et ceux de la pulpe, la mise en liberté des corps constitutifs élémentaires : hydrogène, oxygène, soufre, azote, phosphore, carbone avec formation de combinaisons nouvelles : eau, ammoniaque, acide carbonique, hydrogène sulfuré, phosphoré, corps gras, associés aux matières colorantes dérivées de l'hémoglobine. Des substances étrangères venant de l'alimentation font journellement ingression dans la cavité pulpaire et contribuent à entretenir les phénomènes de la fermentation et de la décomposition.

Ainsi, on trouve ici, comme résultat de la destruction de la molécule de phosphate de chaux, de l'acide phosphorique en liberté. Que devient-elle cette molécule redoutable, agent spécifique de la nécrose? Se dirige-t-elle du côté de l'alvéole ? Produit-elle quelque accident susceptible d'être noté? Nous avons vu que non. En effet, en présence de l'action réductrice des bactéries et des produits de fermentation azotée, l'acide phosphorique se dédouble, et le phosphore libéré s'unit à l'hydrogène naissant pour former de l'hydrogène phosphoré qui se dégage.

Or il me semble logique d'admettre que la faible quantité d'acide phosphorique qui peut être introduite dans la cavité cariée y subirait des transformations analogues à celles qu'éprouve l'acide phosphorique formé sur place, et, comme ce dernier, converti en phosphure d'hydrogène, il se dégagerait dans l'atmosphère buccale par l'ouverture de la cavité de la dent cariée.

*
* *

Je crois donc pouvoir résumer mes considérations dans les propositions suivantes :

I. — La conformation anatomique des canaux dentaires est défavorable au passage des substances phosphorées.

II. — La présence à l'intérieur du canal dentaire de l'organe pulpaire, ou d'autres matières animales ou végétales, constitue un obstacle mécanique au passage de ces mêmes substances, obstacle d'autant plus grand que le calibre des canaux est plus réduit.

III. — Les phénomènes de fermentation qui se passent à l'intérieur du canal dentaire et la formation constante de produits gazeux ont pour conséquence d'élever notablement la tension atmosphérique intra-radiculaire et de constituer une condition d'impossibilité physique à la pénétration et au passage des vapeurs phosphorées à travers le canal.

IV. — L'observation clinique prouve que les substances diverses pouvant s'introduire dans le canal dentaire n'ont pas de tendance à traverser l'orifice de l'extrémité radiculaire.

V. — En supposant que les substances phosphorées, en quantité très faible aient pu s'introduire dans le canal, elles y subiraient l'influence des agents chimiques qui modifierait leur composition ; les corps nouveaux qui en dériveraient se trouveraient finalement chassés du canal par suite de la différence de la tension intra-radiculaire et de celle de l'atmosphère ambiante.

En vérité l'hypothèse de Magitot ne saurait, à mon avis, s'appliquer qu'aux cas assez rares où la carie dentaire a tellement élargi le canal radiculaire que la communication entre la cavité buccale et la cavité alvéolaire devient facile. Mais de ces cas plutôt exceptionnels à l'affirmation exclusive et absolue de Magitot la distance est considérable.

*
* *

Et maintenant quel est le rôle de la carie dentaire dans la pathogénie de la nécrose phosphorée des maxillaires ?

De l'examen de nombreuses observations recueillies par les divers auteurs, une idée générale se dégage avec netteté : c'est que l'existence d'une lésion ou simplement d'un irritant local est une condition, sinon absolument indispensable, du moins éminemment prédisposante à la production de la nécrose phosphorée des maxillaires. Il semblerait que cette maladie a besoin, pour se manifester, d'une cause adjuvante apte à altérer la résistance normale des tissus de la région gingivo-alvéolaire.

Et quelle est donc la cause qui, mieux que la carie dentaire et notamment la carie pénétrante avec ses complications infectieuses, est plus propre à déterminer et à entretenir une telle altération des tissus ? Dans un organisme saturé de phosphore, où tous les échanges, toutes les réactions élémentaires des tissus sont viciés, les accidents infectieux du côté de l'alvéole, comme suite de la carie pénétrante, sont nécessairement plus fréquents, plus persistants et affectent d'emblée une allure autrement fâcheuse que dans les conditions de la santé normale. *Ces complications alvéolaires n'ont pas besoin pour se produire d'intervention directe des vapeurs phosphorées, ainsi que le veut Magitot ;* elles se produisent ici selon les conditions qui régissent les phénomènes de la propagation de l'infection en général, dont l'observation et l'expérimentation, en pathologie dentaire, nous ont révélé le mécanisme.

Que la nécrose phosphorée des maxillaires puisse se produire sans l'action directe des vapeurs phosphorées l'observation de M. Hutchinson semblerait l'attester. Cet auteur rapporte le cas d'une dame qui fut atteinte d'une nécrose du maxillaire inférieur à la suite d'une ingestion journalière de 6 milligrammes de phosphore ; l'affection osseuse s'était déclarée au point d'implantation d'une dent cariée neuf mois

après le début du traitement par des pilules de phosphore. Il est manifeste que l'on ne saurait invoquer ici l'action directe de vapeurs phosphorées.

Mais, hâtons nous de le dire, la présence de la carie n'est même pas nécessaire. M. le professeur Trélat et notre très regretté professeur Paul Dubois ont rapporté plusieurs observations absolument concluantes concernant des sujets dont les dents étaient saines lors du début des accidents. M. Trélat professait en effet l'opinion, défendue également par M. Strohl, selon laquelle les acides du phosphore dissous dans la salive imbibent les gencives et les enflamment, l'inflammation se propage à la membrane alvéolo-dentaire et occasionne la chute des dents et la nécrose de l'os dénudé par la suppuration.

On objectait à cette théorie de ne pas expliquer la rareté relative des nécroses comparativement au nombre des ouvriers, non plus que l'intégrité constante des muqueuses linguales, nasales et bronchiques soumises à la même influence délétère que les gencives. Pour répondre à cette dernière objection M. Trélat invoquait l'action élective du phosphore pour les gencives, qu'il attribue à la constitution anatomique du tissu gingival. Les gencives, en effet, sont dépourvues de cet appareil glandulaire qui lubrifie les autres muqueuses et de cette mue épithéliale incessante qui constitue un élément de protection ; elles sont exposées sans défense à l'influence fâcheuse des vapeurs phosphorées.

M. Trélat a oublié d'invoquer à ce sujet un autre argument, moins spécieux sans doute, mais, à mon avis, d'une grande importance et de nature à expliquer la vulnérabilité particulière du tissu gingival comparativement à celle des autres muqueuses exposées à l'action des vapeurs phosphorées : c'est la présence du tartre dentaire et l'action irritante qu'il exerce sur le tissu gingival. Ceux de vous qui se souviennent de la très intéressante étude de MM. Richard-Chauvin et Ed. Papot sur les gingivites et en particulier sur les gingivites tartriques, de l'étude non moins intéressante de M. Viau sur l'action septique du tartre dentaire dans la pro-

duction de la gingivite, et d'autres études non moins importantes publiées en dehors de cette enceinte, ceux qui ont eu l'occasion de voir les bouches et d'y voir clair sont édifiés sur la valeur de ces concrétions comme éléments d'irritation gingivale et ne sauraient douter du rôle effectif qu'elles jouent dans la pathogénie de la nécrose phosphorée des maxillaires.

ACCIDENT GRAVE LOCAL DE L'ÉRUPTION D'UNE DENT DE LAIT

Par M. le Dr Frey.

(Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 7 mars 1899.)

Le 1er décembre dernier, un de mes confrères m'adressait une fillette de 20 mois, pâle, déprimée, ayant à peine la force de crier. Cette enfant avait une haleine épouvantable répandant une véritable odeur de sphacèle; elle bavait beaucoup, mais c'était une salive mélangée de pus et son bavoir, propre une heure auparavant, était tout humide de salive et par places, taché de pus.

La mère me raconta que depuis le mois d'août sa fillette était dans cet état. Elle l'avait montrée à plusieurs dentistes en province, qui attribuaient cette salivation excessive au travail de la dentition, et cependant la mère avait constaté que souvent l'enfant criait pendant les repas, indiquant comme point douloureux la région canine inférieure droite. C'est peu à peu qu'elle vit la salive se strier de pus, ce qui l'inquiétait fort, malgré les affirmations rassurantes de ceux qu'elle avait consultés. Il paraît que jusqu'en octobre l'examen de la bouche ne décelait rien d'anormal.

Rentrée à Paris en novembre, elle demanda l'avis de son médecin; celui-ci, constatant dans la bouche les lésions dont je vais vous parler, m'adressa immédiatement l'enfant avec un mot d'observation. Il me signalait l'excellent état général jusque dans les derniers jours, l'*absence de tout antécédent pathologique* dans le passé de la fillette et dans son hérédité, et il insistait sur la dépression, générale à ce moment sans aucun trouble fonctionnel du côté des appareils *digestif*, *circulatoire* et *nerveux*. Rien dans les urines, aucun traumatisme antérieur.

J'examinai l'enfant, je détergeai la sanie purulente accumulée dans le sillon gingivo-labial inférieur et trouvai sur la gencive, au niveau de la canine inférieure droite incomplétement sortie et encore recouverte de son capuchon

muqueux, une ouverture large comme une grosse lentille. De cette ouverture s'échappait le pus et au fond je voyais la pointe noire et mobile d'un séquestre. Je soulevai ce dernier sur une spatule et, quand je jugeai la prise suffisante, j'essayai de le tirer avec une assez forte pince ; la friabilité était telle que je n'amenai qu'un fragment osseux noir et d'une odeur atroce.

J'enfonçai alors une curette dans la direction du séquestre, transversalement de dehors en dedans et je le sortis complètement cette fois. D'une forme presque rectangulaire, il présentait encore des vestiges de cloisons alvéolaires ; largeur un centimètre, longueur environ deux centimètres et demi.

Par la plaie je voyais à nu les racines blanches et frêles de la canine, de l'incisive latérale inférieure droite et des deux incisives médianes. Je nettoyai bien la plaie, puis la badigeonnai de teinture d'iode. Je renvoyai l'enfant, prescrivant des attouchements fréquents de la plaie tantôt à l'eau bouillie, tantôt à l'eau boriquée, tantôt à l'eau chloralée. Je revis la fillette huit jours après, le 9 décembre ; dans cet intervalle l'état général était redevenu tout à fait bon, la mine était bien colorée, l'appétit excellent, localement la suppuration avait tout à fait disparu, la salivation n'était plus exagérée, je ne voyais déjà plus les racines des incisives, recouvertes qu'elles étaient de bourgeons charnus, je distinguais encore cependant celle de la canine. Mais le 19 décembre les bourgeons la recouvraient complètement ; cette dernière dent n'avait pas fait son éruption complète et je me demandais si celle-ci ne serait pas entravée par les accidents auxquels j'avais assisté. Il n'en a rien été, car, à la fin de janvier, l'enfant avait sa canine tout à fait sortie ; il n'y avait plus comme souvenir de ce qui s'était passé dans cette région qu'une légère dépression.

En somme, j'avais assisté à un accident purement local d'éruption d'une dent de lait, accident osseux. On sait combien ces manifestations sont rares chez l'enfant sain ; ce bébé de vingt mois avait toujours fait l'éruption de ses dents

normalement ; c'est la canine inférieure droite, sa seizième dent, qui fut le point de départ des phénomènes observés. Rien cependant n'indiquait à ce niveau un travail particulièrement difficile, le maxillaire étant physiologiquement développé, la muqueuse ne présentant rien d'anormal et la dent elle-même (telle que je la vis dans sa portion radiculaire et plus tard dans sa portion coronaire) ayant l'aspect d'une canine de lait tout à fait régulière. Cependant on sait que le travail d'éruption des canines de lait est souvent pénible et c'est probablement lui qui aura prédisposé le terrain à accueillir trop bien l'infection venue de la muqueuse.

Dans cette simple observation, quelques points me paraissent particulièrement intéressants :

1° Grâce à l'abondant écoulement de salive à l'extérieur, l'enfant ne fut pas intoxiquée ; elle ne présenta de la dépression générale qu'au bout de quelques mois ;

2° La salivation fut d'abord le seul phénomène apparent ; cette sécrétion réflexe fut le premier signe de l'ostéite et de la formation du séquestre ;

3° Indépendamment de toute cause générale héréditaire ou acquise il est possible qu'une infection se produise sous le capuchon gingival recouvrant la dent de lait qui va faire son éruption (comme nous l'observons si fréquemment sous le capuchon de la dent de sagesse). Le travail *d'ostéite physiologique* antérieur a certainement préparé le terrain à l'infection ;

4° La réparation de ces accidents chez l'enfant est aussi remarquable sur le maxillaire que sur toute autre partie du squelette ;

5° Nous avons intitulé cette communication *accident grave local de l'éruption d'une dent de lait* ; nous croyons devoir insister sur la rareté de cet accident dans la première dentition, où les troubles sont surtout généraux. Au contraire on sait que pour les autres dentitions (dents de six ans, douze ans et surtout dent de sagesse) comme l'équilibre de l'organisme est de mieux en mieux installé, ce sont des accidents bien localisés qu'on observe le plus souvent.

L'EAU OXYGÉNÉE DANS LA THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE ET DANS LES MALADIES DE LA BOUCHE ET DES DENTS[1].

Par M. F. TOUCHARD,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris,
Lauréat de l'Académie de médecine.

(Suite)

ACTION DE L'EAU OXYGÉNÉE A 8 VOLUMES SUR LE SANG A L'ÉTAT FRAIS

Une goutte de sang fut déposée sur une plaque de verre, légèrement chauffée, dans de l'iode-sérum.

L'examen microscopiqne donna approximativement un globule blanc pour 320 globules rouges ; les globules rouges présentaient une coloration rouge foncé fort accusée.

Une nouvelle goutte de sang fut placée dans de l'eau oxygénée.

Une troisième fut mise sous un verre sans addition de liquide et nous pûmes concurrement suivre les trois expériences :

1° Les mouvements amiboïdes des globules blancs continuèrent dans l'iode-sérum tiède, les globules rouges ne s'empilèrent pas et conservèrent leurs caractères pendant une dizaine de minutes sous l'influence du refroidissement; les globules se rapprochèrent, mais sans former de piles distinctes et sans présenter à leur surface l'exsudation cadavérique décrite par Ch. Robin ; tout au plus augmentèrent-ils de volume en gardant une forme sphérique des plus nettes et quelques granulations visibles à un fort grossissement, représentant de futurs dépôts d'hématosine ;

2° Au contact de l'eau oxygénée, une vive réaction se produisit et put nuire un instant à l'observation ; il fut facile

---

1. Ce travail a été couronné par l'Académie de médecine (prix Alvarenga). En raison de son étendue nous le publions en plusieurs fois. (Voir nos des 28 février et 15 mars).

cependant de constater que les globules blancs se ratatinaient, se nucléaient et que la fibrine se coagulait rapidement.

Les globules rouges n'avaient aucune tendance à s'empiler, mais se décoloraient à tel point que leur examen devenait presque impossible. Il en était de même des globulins. Nous insistons sur la décoloration de ces globules, en regrettant que le temps nous ait manqué pour les soumettre à l'examen spectroscopique.

3° La troisième goutte de sang donna les résultats que l'on trouve décrits dans tous les traités d'histologie ; il n'y a pas lieu de s'y arrêter.

Voulant nous rendre compte de l'action hémostatique de l'eau oxygénée, nous avons pratiqué au laboratoire du Dr Laborde, chef des travaux physiologiques de la Faculté, et sous son contrôle immédiat, diverses petites expériences qui nous ont permis de reconnaître l'action hémostatique de l'eau oxygénée et de saisir en quelque sorte le mécanisme de l'hémostase au moyen de cet agent.

Nous avons tout d'abord voulu voir si l'action hémostatique cliniquement observée avec l'eau oxygénée ne tiendrait pas par hasard à l'acide contenu nécessairement dans les solutions d'eau oxygénée, dans le but de les rendre plus stables.

On connaît, en effet, les propriétés soi-disant hémostatiques des solutions classiques suivantes :

Eau de Belfort.	Eau..................	500 gr.
	a. Sulfurique à 60°....	33 —
Eau de Rabel.	Alcool à 85°..........	3 part.
	a. Sulfurique à 60° B.	1 part.
Elixir acide de Haller.	a. Sulfurique à 60°....	ââ
	Alcool à 80°...........	

En conséquence, nous avons, à l'aide de solutions aqueuses d'acide sulfurique à 1 et à 2 o/oo, essayé d'arrêter expérimentalement et cliniquement une hémorragie, mais cela, du reste, sans aucun résultat même indiscutable. Et pourtant nous verrons plus loin que dans la solution d'eau oxygénée

que nous employons le plus couramment, il n'y a que 0^{gr}, 45 d'acide libre par litre. Donc, nous pouvons éliminer l'action de l'acide dans le rôle hémostatique de l'eau oxygénée. Cette propriété lui appartient bien en propre.

Exposons maintenant succinctement les expériences que nous avons pratiquées.

Expérience A. — Section transversale au bistouri, de 2 centimètres de longueur, sur la face interne de la base du pavillon de l'oreille d'un lapin blanc. Hémostase par un tampon d'ouate imbibé d'eau oxygénée à 12 volumes.

Aussitôt la section pratiquée, il se produit une hémorragie en nappe et, au centre de la plaie, la section transversale de l'artériole centrale du pavillon donne abondamment.

Nous appliquons aussitôt un tampon d'ouate imbibé de $H^2 O^2$ (12 volumes).

Immédiatement il se produit une vive effervescence due au dégagement d'oxygène ; la plaie se couvre d'une écume qui bientôt devient entièrement blanche.

Au bout de trois minutes, nous retirons le tampon et, après nettoyage de la plaie, nous voyons que l'hémorragie des capillaires ne se reproduit pas, mais celle de l'artériole se reproduit toujours et cela plusieurs fois de suite.

D'autre part, si par transparence on examine l'oreille du lapin, on voit que tous les vaisseaux sont le siège d'une vaso-constriction énorme. L'oreille a l'aspect d'un parchemin, en même temps qu'il y a du refroidissement des parties. Au bout de quelques minutes d'observation, une vaso-dilatation succède à la vaso-constriction et l'on est obligé d'appliquer une pointe de thermo-cautère sur l'artériole qui saigne à nouveau et abondamment. L'hémorragie capillaire ne s'était pas reproduite.

Expérience B. — Même section que précédemment. Hémostase par instillation de quelques gouttes d'eau oxygénée sur la plaie.

Voulant nous mettre à l'abri de la cause d'erreur tenant à la compression exercée sur la plaie par le tampon, compression qui à elle seule aurait pu suffire à produire l'hémos-

tase dans une seconde expérience, au lieu d'appliquer un tampon, nous laissons tomber goutte à goutte la solution sur la plaie. Ici l'hémostase s'obtient bien plus rapidement et avec beaucoup moins de liquide employé, cela tenant sans doute à ce que l'eau oxygénée arrive fraîche à tout instant sur la plaie et que le dégagement de l'oxygène est permanent.

Une eau oxygénée à 6 volumes, provenant de la fabrication du Dr Baldy et vieille d'au moins trois ans, a pu encore arrêter l'hémorragie capillaire.

Expérience C. — Voulant nous mettre dans des conditions expérimentales à peu près semblables à celles où nous nous trouvons en face d'une hémorragie nasale, eu égard au volume des vaisseaux, nous avons recommencé les expériences précédentes sur une plaie siégeant au tiers moyen du pavillon.

En employant une eau oxygénée à 22 volumes, nous avons obtenu, en laissant tomber goutte à goutte, l'arrêt de l'hémorragie capillaire et de l'artériole ; au bout de six à sept gouttes, avec vaso-constriction intense, l'animal manifeste un peu de douleur ; en même temps, les doigts de l'opérateur blanchissent au contact du liquide employé et sont le siège d'une sensation de picotements qui cessent bientôt.

Expérience D. — Voulant expérimenter l'action caustique de cette eau oxygénée à 22 volumes et voir si son maniement présentait quelque danger, nous en avons laissé tomber quelques gouttes sur la conjonctive du lapin. Aussitôt se produisit un spasme palpébral intense, qui dura cinq minutes, avec rétrécissement pupillaire énorme. Au bout de ce laps de temps, l'œil n'était même pas injecté ; l'animal, revu le lendemain, ne présentait aucun trouble. Il y avait donc eu seulement sensation douloureuse.

Expérience E. — Dans la pratique otologique nous avons voulu voir s'il y avait quelque danger à faire pénétrer dans la caisse, à travers une petite ouverture tympanique, de l'eau oxygénée. A l'aide d'une longue aiguille montée sur une seringue de Pravaz, nous avons, non sans peine, vu l'o-

bliquité des parties, pénétré dans la caisse, ce dont nous fûmes averti par la sensation de résistance vaincue et par un soubresaut de l'animal. Maintenant l'aiguille bien en place, nous avons injecté dans la caisse environ 2 centimètres cubes d'eau oxygénée à 12 volumes. Aussitôt, bouillonnement intense et reflux, par l'aiguille, de bulles rosées. Nous retirons l'aiguille et par le pavillon sort une écume à peine teintée. L'animal, détaché aussitôt, fait des mouvements de l'oreille externe comme s'il voulait chasser un corps étranger du pavillon, puis, laissé libre de ses mouvements, il ne paraît en proie à aucun trouble moteur. Revu vingt-quatre heures après, état normal.

CONCLUSIONS. — De cette série d'expériences, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° L'eau oxygénée à 12 volumes produit, par sa seule action, une hémostase rapide d'une hémorragie capillaire. Cette hémostase est définitive. Mais sur une artériole de moyen volume, artère centrale du pavillon du lapin, l'hémostase n'est que temporaire (une minute environ) et bientôt l'artère saigne à nouveau ;

2° Une eau oxygénée à 6 volumes nous a paru produire les mêmes effets ; l'action est beaucoup plus rapide, plus énergique avec une eau à 22 volumes, sans que pour cela l'animal trahisse une sensation douloureuse ;

3° Le mécanisme de l'hémostase paraît être une vaso-constriction énergique s'étendant rapidement à tous les vaisseaux de la région et permettant l'obturation de l'artériole centrale du pavillon. Mais, au bout de cinq minutes environ, dix au plus, survient une vaso-dilatation consécutive ; alors l'hémostase ne subsiste plus que pour les capillaires ;

4° On peut sans danger introduire dans l'oreille moyenne du lapin, à travers une ponction tympanique, une quantité notable d'eau oxygénée à 12 volumes, sans produire aucun trouble moteur.

L'eau oxygénée est en effet hémostatique et peut rendre des services en art dentaire et dans les hémorragies buc-

cales, au même titre que dans les hémorragies de l'oreille ou du nez (l'eau oxygénée a donné d'excellents résultats dans le traitement des épistaxis). Lorsqu'on pratique une extraction dentaire ou une petite incision de la muqueuse de la bouche et qu'on a le soin de faire rincer la bouche avec une eau oxygénée à 3 volumes, on remarque que l'hémorragie consécutive habituelle s'arrête rapidement et que, dans les extractions multiples, le champ opératoire n'étant plus inondé de sang, les opérations successives en sont rendues plus faciles. Nous ne pensons pas que cette action hémostatique soit due à l'acidité plus ou moins grande de l'eau oxygénée, mais plutôt à son action sur les tissus, car l'eau oxygénée produit rapidement une vaso-constriction qui empêche l'hémorragie de se manifester. Nous n'employons d'ailleurs que l'eau oxygénée très faiblement acide.

L'eau oxygénée est antiseptique.

La valeur antifermentescible de l'eau oxygénée est connue depuis longtemps, puisque déjà en 1879 Angus Smith déclarait que l'eau oxygénée était le désinfectant par excellence. Quelques années plus tard, en 1896, C.-T. Kinszett faisait des expériences avec le peroxyde d'hydrogène et empêchait plusieurs fermentations de se produire en employant une eau oxygénée à 10 volumes. Il empêche ainsi le lait de surir, le blanc d'œuf et la pâte de farine de pourrir, la bière et le moult de raisin de fermenter par l'addition de quantités variables d'eau oxygénée.

Guttman, en 1878, étudie les propriétés toxiques et antiseptiques de l'eau oxygénée. 1 centimètre cube d'eau oxygénée acide à 10 volumes empêche, pendant neuf mois, 10 centimètres cubes d'urine de se putréfier. Cette urine était conservée à l'air libre.

De même, l'eau oxygénée empêche la putréfaction d'une infusion de viande ou la fermentation du moult de raisin non additionné de levure et placé à 35°, alors que la même infusion et le même moult de raisin non additionnés d'eau oxygénée fermentent rapidement. Paul Bert et Regnard

(1880 et 1882), trouvent que 1 o/o d'eau oxygénée pure suffit pour arrêter la putréfaction dans des flacons contenant du lait, du blanc d'œuf, de l'eau de levure sucrée, de l'urine, de l'amidon, etc.

Vers la fin d'août 1881, Baldy fut frappé, en versant une petite quantité d'eau oxygénée mal préparée dans un seau d'eau putride, de voir l'odeur nauséabonde disparaître presque instantanément. Une même quantité d'eau oxygénée mise dans 6 à 800 grammes de lait tenu à une température de 25 degrés lui permit de garder ce lait pendant quatre jours sans fermentation. Il multiplia les expériences et les phénomènes observés ; les résultats heureux ne lui laissèrent plus aucun doute sur les qualités antiputrides de l'eau oxygénée.

En 1883 Nocard et Mollereau présentaient à l'Académie de médecine une note des plus intéressantes : si l'on mélange 1 centimètre cube de jus de viande provenant d'une tumeur de charbon symptomatique à 2 centimètres cubes d'eau oxygénée à 10 volumes, qu'on laisse agir quatre heures et qu'on inocule III gouttes à un cobaye, ce cobaye ne succombe pas et peut supporter l'inoculation de III gouttes du même jus de viande, soumis seulement une heure et demie à l'action de l'eau oxygénée, après quoi il a acquis l'immunité contre une inoculation virulente. De même une chèvre a pu acquérir l'innocuité par 3 inoculations de virus, ayant subi l'action de l'eau oxygénée pendant cinq heures, deux heures et une demi-heure. Miquel, 1884, dans un tableau intitulé : Doses les plus faibles de quelques antiseptiques capables de s'opposer à la putréfaction d'un litre de bouillon de bœuf stérilisé et neutralisé, dit que l'eau oxygénée est active en ce sens à la dose de 1^{cm^3}, 875 d'une solution à 10 volumes.

Prien (1885) trouve que 1^{cm^3},875 o/o d'eau oxynénée arrête le ferment alcoolique, 5^{cm^3},625 o/o tuent les bactéries de la pourriture ; 30 centimètres cubes o/o ne font rien sur les spores du bacillus subtilis.

Altehofer (1890), a pu constater que 1 gramme d'eau

oxygénée à 10 volumes o/oo, après vingt-quatre heures d'action, suffit pour tuer :

Les microbes ordinaires de l'eau ;

Les microbes de l'eau d'égout ;

Le bacille typhique et celui du choléra dans l'eau.

La même année, Pane constate qu'une solution d'eau oxygénée à 10 volumes dans la proportion de 1 pour 10 dans la gélose et dans la gélatine empêchent le développement des spores du charbon. Il a recherché l'action de l'eau oxygenée à 6 et 8 volumes sur les spores du charbon et a trouvé qu'avec une même eau oxygénée le pouvoir bactéricide augmente avec la température :

Il faut de quatre à quatorze heures à 6 degrés et de quarante à cinquante minutes à 32 degrés pour tuer les spores du charbon.

Il obtient les mêmes résultats pour le staphylococcus pyogenes aureus, le bacille d'Eberth et le bacille du choléra.

Gibier a fait aussi sur l'eau oxygénée et son pouvoir bactéricide quelques expériences et a trouvé que l'addition de 1^{cm^3}, 5 o/o des cultures du bacille typhique, du choléra, du charbon, du bacille de la fièvre jaune, du coccus de l'ostéomyélite, bacille pyocyanique, du bacillus prodigiosus et du bacille mégatérium, amène en quelques instants la mort de ces microorganismes.

En 1893 Chamberland et Fernbach, étudiant la désinfection des locaux, ont recherché l'action de l'eau oxygénée sur les germes humides ou cultures en milieu liquide. Ils ont pris 1 centimètre cube de culture en milieu liquide et l'ont ajouté à 10 centimètres cubes d'eau oxygénée, puis le tout était bien agité. Leurs expériences ont surtout porté sur le bacillus subtilis, qui, comme on sait, possède des spores difficiles à détruire, et est le microbe le plus rebelle aux antiseptiques. Voici leurs résultats : les spores du bacillus subtilis sont tuées en cinq minutes par l'eau oxygénée concentrée — en quinze minutes par l'eau oxigénée étendue de son volume d'eau. Les dilutions plus grandes sont sans

action pendant le même temps. Ainsi donc, dans 1 centimètre cube de culture mélangé avec 5 centimètres cubes d'eau oxygénée à 10 volumes, les spores du subtilis, résistant une heure à 100 degrés, sont tuées en quinze minutes.

D'après ces mêmes auteurs, l'eau oxygénée tue très rapidement en quinze et cinq minutes même à 15 degrés les germes du charbon et des organismes sans spores ; l'aspergillus niger, le bacille typhique, la levure de bière, sont tués très rapidement par l'eau oxygénée acide ou neutre.

Les travaux nombreux des savants expérimentateurs que nous venons de signaler et dont nous avons consigné rapidement les résultats montrent bien à eux seuls que l'eau oxygénée est un puissant bactéricide. Il semblera peut-être superflu, en présence de pareils succès, que nous venions de notre côté exposer les résultats que nous avons obtenus dans les recherches que nous avons faites sur la valeur bactéricide du peroxyde d'hydrogène. Cependant, comme nous employons cet antiseptique dans une cavité tapissée par une muqueuse, la bouche, et que l'eau oxygénée y est préconisée à 3 ou 4 volumes au plus, il est bon de nous rendre compte du résultat fourni par de faibles quantités d'eau oxygénée sur les milieux de culture les plus variés. Nous avons procédé de la façon suivante : nous commencions soit par faire agir le produit sur une culture déjà ensemencée, soit sur un milieu ensemencé, en même temps qu'on ajoutait la quantité d'eau oxygénée à ce milieu. Nous faisions toujours plusieurs expériences, c'est-à-dire que nous employions pour chaque ensemencement 10 tubes de même culture avec tubes témoins et nous ajoutions progressivement à chaque tube une, deux, trois et jusqu'à X gouttes d'eau oxygénée à 12 volumes pour 1 centimètre cube de culture. Nos expériences ont porté sur des cultures faites dans le bouillon peptonisé habituel.

Nous avons expérimenté tout d'abord avec de la salive, qui, comme on le sait, fournit en culture une flore des plus variées. La salive ensemencée dans un centimètre cube de bouillon contenant de V à X gouttes d'H^2O^2 à 10 volumes

ne fournissait plus aucun microbe dans ces tubes, alors que dans les bouillons témoins on observait une culture très riche en microorganismes. Nos expériences ont porté sur différentes espèces de salives, les unes prises chez l'homme à l'état sain, les autres prises chez des malades ou des sujets atteints de stomatites, d'angines, de caries dentaires, d'infections généralisées, et les résultats fournis par les tubes de bouillon additionnés de V à X gouttes d'eau oxygénée à 12 volumes nous ont presque toujours fourni des résultats négatifs.

On sait que tous les microbes peuvent se rencontrer dans la cavité buccale soit à l'état de saprophytes, soit à l'état de pathogènes. Nous avons donc essayé de rendre la salive de nombreux malades aseptique en faisant gargariser ces malades avec une eau oxygénée à 2 ou 3 volumes, eau oxygénée très bien supportée par les malades, et nous avons ensuite recueilli la salive de ces malades, avant et après l'emploi du gargarisme. Ces différentes salives nous ont fourni des résultats très variés et très souvent nous avons pu arriver à obtenir des cultures négatives surtout chez les malades ayant les dents en bon état.

Nos recherches sur la valeur bactéricide de l'eau oxygénée ajoutée au bouillon de culture, toujours dans la proportion de V à X gouttes de bioxyde d'hydrogène à 12 volumes pour 1 centimètre cube de bouillon, ont porté sur les microbes suivants : bacillus subtilis (c'est le plus difficile à combattre à cause de la résistance de ses spores), bacille typhique, coli-bacille, pneumocoque, bacille de Friedlander, streptocoque, staphylocoque, bactérium termo, mesentéricus vulgatus, mégatérium, sarcine, tétragène, bacille de Loeffler, leptothrix, etc., etc.; les résultats obtenus ont toujours été positifs ; il en a été de même pour la bactéridie charbonneuse, ainsi que pour le champignon du muguet et les différents autres champignons qui habitent la cavité buccale.

Baldy avait, d'ailleurs, déjà montré que l'oïdium albicans est très sensible à l'action de l'eau oxygénée, les renfle-

ments de l'oïdium disparaissent; les granulations s'effacent, les spores se ratatinent. Ce même auteur signale dans son travail les points suivants :

Le tricophyton de la teigne a été soumis à l'action de l'eau oxygénée. Le cheveu ne tarde pas longtemps à blanchir, ce qui a une certaine importance au point de vue de l'examen du système pileux. Les spores ronds et ovales incolores ou légèrement verdâtres de 0,003 à 0,005 se ratatinent et perdent rapidement leur netteté de contour. Il en est de même de tous les parasites, de toutes les torula que l'on trouve entre les cellules épithéliales et de celles qui accompagnent le pytiriasis. Les acarus de la gale, comme un grand nombre de parasites arachnéidiens, sont très sensibles à l'action de l'eau oxygénée, et périssent dans une solution à 6 volumes. Ajoutons que les bactéries situées entre les dents sont aussi rapidement détruites.

Les recherches bactériologiques et expérimentales prouvent donc d'une façon péremptoire que l'eau oxygénée est un puissant bactéricide. Nous allons voir maintenant que la clinique est bien d'accord avec l'expérimentation pour démontrer que l'eau oxygénée est un précieux antiseptique, qui peut rendre de grands services et mérite d'entrer dans la thérapeutique courante.

Emploi de l'eau oxygénée. — L'eau oxygénée a été employée comme médicament interne dans différentes affections et comme antiseptique externe. De son usage interne ou médical nous ne dirons que quelques mots, car l'étude du peroxyde d'hydrogène nous paraît devoir être reprise à nouveau dans différentes maladies où cet agent pourrait donner d'excellents résultats.

Le professeur Laboulbène l'a employée en boisson dans la chloro-anémie et la tuberculose. Dans les deux cas cette médication a été suivie d'une sensation de bien-être, l'appétit était stimulé et les forces revenaient. Mais si la guérison s'obtint et devint définitive dans la chloro-anémie, il n'en a pas été de même dans la tuberculose pulmonaire. Les sujets peu avancés peuvent en obtenir de l'amélio-

ration dans leur état, mais le peroxyde d'hydrogène ne les guérit pas. Le Dr Barbolain cite à cet égard six observations dans sa thèse. Le Dr Baldy a rapporté deux cas de diabète qui furent améliorés par l'usage de 2 à 3 grammes d'eau oxygénée à 10 volumes diluée, pris entre les repas, de façon à ce qu'il en fût administré de 30 à 50 grammes par jour. Dujardin-Beaumetz fut moins heureux. Dans un cas de diabète où il l'employa, l'eau oxygénée ne procura aucun résultat à son malade. Dans l'anorexie et la polydipsie, au contraire, il en retira une amélioration notable.

Richardson, 1887, a recommandé la solution de peroxyde d'hydrogène, qu'il a employée, dit-il, avec succès, dans l'épilepsie. Il donne 2 grammes de la solution à 10 volumes, trois fois par jour, dans de l'eau additionnée de glycérine, pour masquer la saveur métallique du médicament, et augmente graduellement les doses jusqu'à 8 et même 12 grammes. L'eau oxygénée paraît donner d'excellents résultats principalement contre les vomissements, quelle qu'en soit la cause. Ce qui tendrait à prouver son efficacité, c'est qu'elle a été employée avec succès contre les vomissements de la grossesse dont la ténacité est bien connue. Le docteur Gallois en a obtenu d'excellents effets, partant de ce principe que les inhalations d'oxygène constituent un des meilleurs moyens pour arrêter ces vomissements. Il emploie cette substance de la façon suivante :

On met une cuillerée à soupe d'eau oxygénée dans un litre d'eau et les malades prennent cette eau mêlée de vin pendant les repas. D'après les observations recueillies par le Dr Gallois, observations qui ont été publiées dans la thèse du Dr Briand (1896), on constate que la guérison a lieu presque immédiatement : le lendemain ou le surlendemain les malades ne vomissent plus. Lorsqu'il leur arrive d'interrompre l'usage de l'eau oxygénée aux repas, les vomissements recommencent.

L'eau oxygénée mérite donc d'être expérimentée de nouveau au point de vue médical et on pourra l'employer suivant les indications de Barbolain, à la dose de 5 à

30 grammes par jour dilués dans 1,000 grammes de liquide et par fraction de 2 à 4 grammes à chaque fois ; son usage interne pourrait également être indiqué, dans les différentes formes d'infections gastriques et intestinales et surtout dans celles qui produisent des hémorrhagies, hématémèses ou Mélena, gastrorrhagie, enterrorrhagie, hématurie, uréthrorrhagie, etc., etc.; on pourrait également l'employer sous forme de lavage, comme hémostatique direct, dans les hémorrhagies vésicales, rénales, utérines, si fréquentes et souvent si rebelles à tout traitement.

Usage chirurgical. — L'emploi de l'eau oxygénée comme antiseptique dans les plaies chirurgicales a donné des résultats merveilleux entre les mains des chirurgiens qui l'ont préconisé et nous sommes étonné de la voir si peu fréquemment ordonnée encore aujourd'hui.

Il ne faut pas oublier que c'est surtout Baldy qui chercha par ses expériences et ses travaux à vulgariser l'emploi de l'eau oxygénée en chirurgie. Il commença d'abord par panser par l'eau oxygénée quelques petites plaies trouvées dans la pratique courante, et ces plaies ne tardèrent pas à se cicatriser. Dans les premiers mois de 1882, des cas plus sérieux, cystite purulente, ulcère variqueux, ne résistèrent pas au traitement. Ayant appelé le D Péan en consultation pour un cas de phlegmon diffus grave du bras et de l'avant-bras, il fit une incision au bras et deux à l'avant-bras et à travers les ouvertures fit des injections d'eau oxygénée. Le malade fut rapidement soulagé et la guérison ne se fit pas longtemps attendre.

Le Dr Péan, frappé de ce bon résultat, expérimenta dans son service le nouveau produit. Pendant trois mois, tous les opérés, tous les blessés de cet important service, furent pansés à l'eau oxygénée neutralisée et on obtint d'excellents résultats.

L'emploi de l'eau oxygénée en chirurgie a été expérimenté un nombre considérable de fois par les chirurgiens avec un succès qui ne s'est jamais démenti. D'une manière générale, on emploie une eau titrée à 2, 3, 6, 8, 10 ou 12 volumes

selon les affections à traiter. L'eau à 2 et 3 volumes est plutôt réservée aux pansements qui se pratiquent sur les muqueuses sous forme de compresses, ou en lavages et irrigations dans les cavités tapissées par une muqueuse. On étend d'habitude l'eau oxygénée ordinaire à 12 volumes, d'une à deux fois sa quantité d'eau bouillie, ce qui fait une eau à 4 ou 6 volumes pour le traitement des plaies ordinaires et le lavage des cavités d'abcès. Plus chargée en oxygène, l'eau oxygénée donne lieu à de l'irritation des plaies. Le mode d'emploi est des plus simples. On imbibe d'eau oxygénée des compresses de tarlatane qu'on place directement sur la plaie, puis on recouvre d'une toile imperméable et le pansement se termine comme à l'ordinaire. Pour le pansement des cavités, on fait des lavages, des irrigations comme avec les autres liquides antiseptiques ; on peut également s'en servir pour les pulvérisations aux lieu et place de l'eau phéniquée. Dans les plaies l'eau oxygénée agit : 1° en empêchant le développement des microbes ; 2° par excitation directe due au dégagement de l'oxygène.

Les essais de Baldy, de Péan, de Nicaise, d'Ollivier, etc., sont consignés dans les travaux de Baldy et la thèse de Larrivé. Presque toutes les affections chirurgicales ont été traitées avec succès par le peroxyde d'hydrogène ; citons les phlegmons, abcès froids, fistules, tumeurs cancéreuses, ulcères variqueux, affections des gaines synoviales, adénites suppurées, kystes ouverts,abcès périnéphrétiques, plaies contuses, plaies chirurgicales, etc., dont on trouvera les observations dans les mémoires cités plus haut.

Dans les voies urinaires, on a traité par l'eau oxygénée des cystites purulentes, des uréthrites aiguës et chroniques, le chancre phagédénique ; on a opéré des phimosis avec pansements à l'eau oxygénée. En obstétrique et en gynécologie, on a guéri des métrites chroniques et aiguës, des vaginites, des ruptures et des déchirures du périnée. Des affections cutanées ont aussi bénéficié de l'emploi du bioxyde d'hydrogène ; signalons l'ecthyma, l'herpès circiné,

le pytiriasis versicolor, l'eczéma, l'érysipèle, les syphilides ulcéreuses. L'eau oxygénée a produit de très bons effets dans les affections des yeux, du nez, des oreilles.

Bettmann a soigné avec de l'eau oxygénée quatre cas de dacryocystite, dont l'un était déjà traité vainement par lui depuis six mois par tous les moyens connus, et qui guérirent complètement en peu de temps.

Péan a obtenu un très bon résultat dans un cas d'ophtalmie purulente blénorrhagique. Larrivé cite des cas de conjonctivite granuleuse, de ténotomie. Le Dr Ferrara a institué, à l'hôpital ophalmique de Turin, une série d'essais thérapeutiques avec l'eau oxygénée, desquels il résulte que ce liquide est susceptible de rendre des services dans les cas de dacryocystite, de blépharite, mais surtout pour le traitement de la conjonctivite granuleuse et de la kératite parenchymateuse. Dans le cas de trachome, notre confrère faisait des lavages sur les paupières retournées, avec de l'eau oxygénée dont la teneur en bioxyde d'hydrogène était portée progressivement de 1 à 10 volumes. Ces lavages, qui provoquaient une sensation de cuisson assez forte, suivie d'hypérémie et d'hypersécrétion passagère de la conjonctive, amenaient au bout d'une quinzaine de jours une amélioration considérable de l'affection trachomateuse, amélioration qui se traduisait par l'affaissement des granulations et par la disparition de toute sécrétion morbide.

(A suivre.)



PHYSIOLOGIE ET FORCES DANS LE MOUVEMENT DES DENTS DANS LE REDRESSEMENT

Par M. Guilford.

Traduit du *Cosmos*, par M. Ch. Weber, D. E. D. P.,

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous avons tous observé et nous reconnaissons tous le progrès merveilleux qui a été accompli dans ces dernières années dans le redressement des dents. On le voit surtout dans le grand nombre de méthodes et d'appareils imaginés, aussi bien que dans les résultats remarquables qu'on a obtenus et qu'on obtient encore dans cette branche de notre art.

L'ingéniosité et l'adresse nous ont permis d'accomplir ce que nous n'aurions jamais osé entreprendre avec espoir de succès il y a seulement une vingtaine d'années. N'avons-nous cependant pas trop consacré de temps et de talents à la construction d'appareils pour la correction d'anomalies et par conséquent trop négligé l'étude approfondie de l'anatomie et de la physiologie des organes et tissus sur lesquels nous opérons et les principes scientifiques sur lesquels reposent les forces que nous employons ?

Pour le praticien en général la condition d'une dent en place est celle d'un organe dur, résistant, implanté dans un alvéole osseux de plus ou moins de densité, avec une membrane interposée unissant les deux, et, pour changer la dent de position, il suffit d'appliquer une force dans la direction désirée jusqu'à ce que le résultat soit obtenu.

Quant aux modifications qui interviennent dans les tissus environnants à la suite de l'application d'une force, on ne reconnaît que l'ostéite raréfiante d'une part et l'ostéite condensante d'autre part.

Néanmoins avec ces connaissances rudimentaires on est arrivé à des résultats très satisfaisants. Le praticien est bien plus préoccupé généralement, dans le redressement des dents, de construire un appareil qui abrégera la durée du traitement et diminuera son travail subséquemment que d'essayer de comprendre comment et pourquoi tel déplacement a lieu et pourquoi il est quelquefois contrarié ou aidé par des particularités anatomiques.

Comme preuve de ce manque de connaissances il suffit de rappeler que la plupart des praticiens et des auteurs parlent de l'alvéole comme s'il était d'une structure osseuse de densité uniforme, ce qui porterait à croire qu'une partie de cet alvéole pourrait aussi bien se réparer ou se résorber qu'une autre.

Quant à l'étendue du mouvement qui se fait à l'apex de la racine, les opinions sont très diverses, surtout en ce qui concerne l'application de la force sur la couronne.

On croyait à un moment donné que l'apex restait immobile ; mais il fut démontré plus tard que le point d'immobilité relative de la racine dans le mouvement ordinaire de la couronne était près de l'apex, et qu'en telle circonstance, lorsque la couronne se déplaçait dans une direction, l'apex se déplaçait d'une quantité moindre du côté opposé.

Au lieu d'être à ce sujet actuellement dans le domaine des conjectures et des controverses comme sur beaucoup de points semblables, nous serions maintenant fixés, si l'on avait fait des sections de procès alvéolaires des maxillaires supérieur et inférieur et étudié soigneusement leurs particularités de structure.

Je me suis livré récemment à ces études ainsi qu'à des recherches sur les résultats de différentes forces appliquées sur les couronnes des dents pour leur déplacement. Les observations m'ont paru si intéressantes que j'ai cru devoir y appeler également votre attention, spécialement parce qu'elles portent sur l'opération pratique de la migration de la dent.

Bien que le procès alvéolaire soit d'une structure temporaire, il n'en possède pas moins les caractéristiques des autres os : une portion interne à structure spongieuse et une portion externe ou couche de tissu cortical dense. Les proportions de ces deux tissus et leur distribution en rapport avec les racines des dents varient énormement dans différentes portions de l'arcade.

Dans l'examen d'un crâne nous remarquons que dans la région des incisives la lamelle externe de l'avéole est excessivement mince et se moule sur les racines, de telle sorte qu'on aperçoit très nettement leur forme et leur longueur. Cette minceur de l'os est due à ce que la couche corticale le compose entièrement ; le tissu spongieux sous-jacent est presque nul.

Au contraire, du côté des molaires, l'épaisseur devient plus considérable.

Avec la partie linguale, c'est différent au maxillaire supérieur à cause de la couche corticale fuyant pour former la voûte palatine ; en vertu de cette masse, la dent a un puissant soutien dans cet arc-boutant.

Au maxillaire inférieur, comme il n'y a pas de palais, l'épaisseur et

la structure des deux parois interne et externe sont les mêmes ; mais la partie inférieure se renfle en forme de bulbe et là le tissu cortical et le tissu spongieux sont très épais.

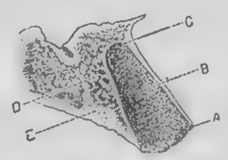


Fig. 10. — Section longitudinale d'un alvéole du maxillaire supérieur.

La figure 2 montre ces détails.

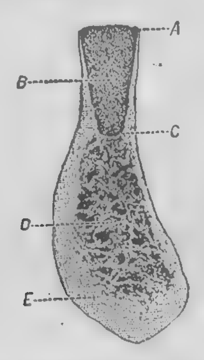


Fig. 11. — Section longitudinale du maxillaire inférieur.

Dans l'application d'une force pour le déplacement des dents, celles-ci remueront avec plus ou moins de rapidité et de facilité suivant le caractère et la quantité de résistance offerte et la manière d'appliquer la force.

Si les alvéoles dans lesquels se trouvent les dents étaient composés entièrement d'une structure homogène, c'est-à-dire toute spongieuse ou toute corticale, la résistance au mouvement de la dent dépendrait seulement de la masse de ce tissu. Nous pourrions au moins évaluer approximativement combien il se ferait de travail à l'apex, lorsque la puissance serait appliquée à la couronne. Comme nous avons vu que cela diffère dans chaque maxillaire et dans différentes parties du même maxillaire, certains mouvements s'effectueront plus vite que d'autres.

Considérons quelques-uns de ces mouvements et voyons quelles conditions anatomiques ils présentent. Pour être plus court nous considérerons seulement les modifications de structure osseuse et omettrons les modifications des tissus mous.

Lorsqu'on veut faire mouvoir une incisive supérieure en avant, la résistance est offerte par la mince couche de tissu alvéolaire de la surface labiale de la racine et également par le tissu spongieux de la

surface interne ou linguale près de l'apex. Le tissu spongieux se comprime et se résorbe par la pression de la racine qui, elle, se dirige en dedans, tandis que la couronne se dirige en dehors. Comme la lamelle externe est très mince et composée entièrement de tissu dur, qui est particulièrement élastique chez les jeunes sujets, elle cède à la pression et permet à la couronne un déplacement en avant bien plus considérable.

Le mouvement inverse ou en arrière de la même couronne s'accomplit avec beaucoup plus de difficulté en raison des conditions de résistance qui sont renversées. Lorsque la couronne est poussée en arrière, la pression de la racine au niveau de son collet s'exerce sur la paroi interne de l'avéole, qui est d'une texture plus résistante et par conséquent offre plus de résistance. De plus la partie supérieure de la racine qui doit se déplacer en dehors vient buter contre la paroi externe de l'alvéole, composée en grande partie de tissu dense, qui ne peut céder aussi facilement sur ce point qu'au bord libre de l'alvéole. Le résultat est donc qu'avec la même force la dent se déplacera plus facilement en avant qu'en arrière, ce que notre pratique nous montre tous les jours.

Chez les jeunes sujets et particulièrement chez ceux où il y a des solutions de continuité dans la paroi alvéolaire, le déplacement en avant se fait avec une facilité remarquable.

Dans la région des molaires les parois alvéolaires, sont si résistantes qu'il est peu probable qu'elles puissent se déplacer d'une étendue appréciable dans ce sens.

Le mouvement de ces dents dans une direction externe s'accomplit probablement par l'effet ou d'une résorption lente ou d'une séparation médiane des deux moitiés de la voûte palatine.

La disjonction de la suture palatine peut se faire aisément à l'âge où généralement on corrige les irrégularités, car à ce moment la suture est incomplète.

Si l'on applique une force quelconque en travers de l'arc supérieur en arrière des premières bicuspides, on peut facilement produire une dislocation postérieure de la suture et non à la partie antérieure. Il est fort probable que l'élargissement de l'arcade supérieure s'obtient de cette façon.

Les incisives inférieures peuvent être déplacées avec autant de facilité dans les deux directions en avant et en arrière, en raison de l'épaisseur et du caractère anatomique du tissu alvéolaire.

Dans la région des molaires (et en particulier dans celle des bicuspides) le déplacement est beaucoup plus difficile, les parois alvéolaires étant à cet endroit d'une plus grande épaisseur et plus proéminentes. Ce n'est que par une résorption lente qu'on peut arriver à un résultat.

Le mouvement des dents, comme le mouvement des autres corps, est réglé et dirigé par certains principes généraux et lois, et leur étude est nécessaire pour accomplir les opérations d'une façon méthodique et scientifique.

Pour construire une machine, dont l'action devra accomplir un travail désiré, peut-être facile, pour en imaginer une qui nous donne les meilleurs résultats sans perte d'énergie ou sans résultat opposé, il faut qu'on soit familier avec les principes sur lesquels on doit se baser pour opérer, ainsi qu'avec les conditions auxiliaires qui limitent ou dirigent son action.

Trois facteurs mécaniques entrent dans le problème du déplacement des dents :

1° Le caractère de la résistance à surmonter ;

2° La rétention des appareils ;

3° Une application judicieuse de la force.

Nous nous sommes déjà expliqué au sujet du premier. Passons au deuxième.

Pour s'assurer d'une rétention stable nous devons, ou bien :

1° Combiner la résistance de plusieurs dents ;

2° Nous arranger pour contrebalancer la force exercée sur la dent ou les dents servant de rétention dans une direction par une autre force dans la direction opposée, de telle sorte que ces forces se compensent ;

4° Obtenir une rétention ou une résistance à un point en dehors de la bouche, comme sur le sommet ou la partie postérieure de la tête.

Dans le mouvement d'une seule dent en avant ou en arrière dans le sens de l'arcade, on avait l'habitude de choisir comme dent servant de rétention une dent ayant des voisines dans la direction de la résistance à vaincre.

Même lorsque plusieurs dents sont aidées ainsi dans la résistance qu'elles offrent à la force appliquée, toutes céderont dans certains cas à la pression et dévieront de leurs positions verticales, parce que chacune a un mouvement indépendant, et fréquemment la dent de rétention sera légèrement déchaussée.

Beaucoup de tentatives de redressement de cette façon ont échoué parce qu'une fois que les dents qui ont été employées comme points d'appui sont ébranlées, elles ne peuvent plus servir pour la rétention.

La méthode la plus récente qui consiste à réunir deux ou plusieurs dents au moyen de bandes métalliques (comme celles qui ont été proposées pour la première fois par le professeur Barell) supprime l'ancienne difficulté, car par ce moyen aucune dent ne peut se déplacer indépendamment des autres, et aucune d'elles ne peut dévier de sa position verticale.

Ou bien toutes les dents comprises dans la bande se déplaceront, ou par leur résistance collective, elles opposeront une force suffisante pour neutraliser la première.

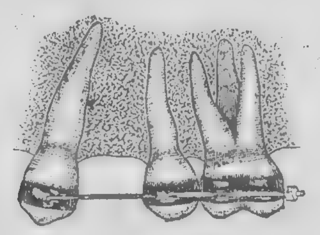


Fig. 12. — Plusieurs dents servant de point d'appui.

Ce principe est représenté par la figure 12, où nous voyons une molaire et une bicuspide attachées au moyen d'une bande métallique soudée, offrant de la résistance à une force qui a pour but de déplacer une canine.

Une autre méthode consiste dans l'application d'une plaque couvrant le palais et s'étendant latéralement, de façon à englober et à recouvrir plusieurs dents de chaque côté.

Il y a aussi les calottes employées pour obtenir une résistance combinée de plusieurs dents pour déplacement de dents voisines.

Toutes ces méthodes sont bonnes et souvent une est plus efficace qu'une autre, mais aucune d'elles ne fournit la même fermeté de résistance que celle qu'on obtient avec les bandes.

Une plaque en vulcanite couvrant le palais est souvent employée comme moyen de résistance dans l'application d'une puissance, parce que la grande étendue qu'elle couvre distribue la résistance sur un plus grand espace, mais aussi elle est par ce fait beaucoup moins grande partout.

Bien qu'on puisse s'en servir avantageusement dans quelques cas, c'est peut-être le procédé ayant le moins de valeur au point de vue de la résistance qu'il peut offrir. Le déplacement facile de l'appareil est un inconvénient.

Lorsqu'on veut déplacer une dent en dehors ou en dedans dans le sens de l'arcade, la résistance à la puissance devra être en général sur un point au côté opposé de l'arcade; tandis que dans d'autres cas on peut obtenir ce déplacement en combinant la résistance de plusieurs dents.

La seconde méthode pour avoir une rétention fixe, celle qui consiste à opposer une force dans une direction à une autre dans une direction opposée, est très précieuse lorsque les conditions sont favorables à son emploi. Une dent ainsi employée comme rétention sera fixe, pourvu que les forces soient égales.

Le troisième procédé, qui consiste à se servir comme point

d'appui de la calotte crânienne, est d'une application restreinte, car il dépend de la nature des cas. Mais toutes les fois qu'on peut l'employer, c'est un moyen idéal, car il permet d'avoir une somme de résistance bien plus grande que par un procédé quelconque.

Application judicieuse de la force.

Lorsqu'on se propose d'appliquer une puissance pour effectuer le mouvement d'une dent, on doit nécessairement se servir de la couronne de cette dernière pour son application. C'est l'alvéole contre lequel la racine exerce la pression qui fournit la résistance.

Quelque part entre l'endroit où la puissance est appliquée et celui où la résistance se manifeste nous avons un point ou espace où nous ne remarquons que peu de mouvement ou même point du tout. Comme nous avons ainsi une résistance à surmonter, une force exercée pour vaincre cette résistance et un point d'une immobilité relative,il est évident que de la sorte la dent dans son déplacement représente un levier.

Dans le mouvement ordinaire de la couronne d'une dent en dehors ou en dedans, en avant ou en arrière, c'est le principe d'un levier du premier genre, le point d'appui étant situé entre la puissance et la résistance.

Comme la couronne à laquelle nous appliquons la force n'est qu'une moitié environ de la longueur de la racine, qui offre la résistance, nous sommes placés défavorablement, car nous avons à appliquer une puissance bien plus grande qu'il ne serait nécessaire si les deux portions de la dent étaient égales en longueur. Mais comme il nous est impossible de changer les conditions existantes, il nous faut appliquer notre force aussi près qu'il est possible de la surface d'articulation ; en le faisant nous augmentons la distance entre la puissance et le point d'appui, gagnant ainsi un avantage mécanique.

De même que si nous désirons employer une dent déterminée ou certaines dents pour la rétention,notre mode de fixation sera placé aussi près qu'il sera possible du bord cervical, car nous réduisons ainsi la distance entre la puissance et le point d'appui et de ce fait nous diminuons la possibilité de déplacer la dent.

Dans la figure 4 un point d'attache pour la rétention, fait à la bande E pour la raison qu'on vient de donner, accomplira son but bien mieux que s'il était fixé à la bande D.

Déplacer une racine sans changer la position du bord incisif de la couronne a toujours été une opération difficile à cause de la surface limitée sur laquelle nous pouvons appliquer notre force.

Le professeur Case a récemment imaginé une méthode ingénieuse pour obvier à cette difficulté. Elle consiste dans le coiffage de la couronne avec une calotte ou une bande large à laquelle il soude

une barre s'étendant en haut et en dehors de la gencive dans la direction de la racine. En maintenant le bord libre de la couronne

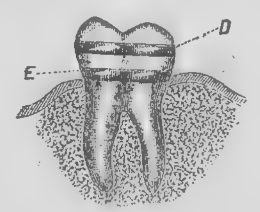


Fig. 13. — Point de la plus grande résistance.

d'une façon inamovible et en appliquant une force à l'extrémité libre de la barre, la racine est déplacée avec beaucoup plus de facilité qu'on ne pourrait le faire d'une toute autre façon.

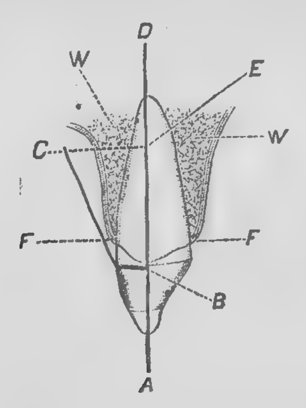


Fig. 14. — Application de la force sur le bord alvéolaire.

La figure 5 fait comprendre comment une force appliquée en A peut avoir beaucoup plus d'action dans le déplacement de la racine que si elle est appliquée en B.

Supposons que AD soit un levier avec un point d'appui en F. Attachons-y une tige courbée et rigide BC. Comme BD et BC sont maintenus fermement, une force appliquée sur BC se fera sentir sur BD, car l'effet est le même que si BC et BD étaient réunis sur la ligne CE.

Ceci est également vrai si nous appliquons une force pour mouvoir la racine en dehors ou en dedans.

A moins que les conditions du cas ne demandent absolument que le bord libre ne se déplace pas du tout, nous pouvons nous dispenser d'un appareil pour maintenir tandis que la racine se meut. La force appliquée à l'extrémité de la tige le long de la racine se fera sentir par la racine elle-même, et se rencontrant avec la résistance de l'alvéole, quelque part près du collet de la dent, se déplacera

environ vers le point d'appui. Ainsi la couronne se déplacera dans une direction opposée à la racine.

Dans l'application des forces sur les dents il est de la plus grande importance de ne pas dépasser les limites nécessaires pour l'accomplissement du but envisagé.

Pendant des années nous avons négligé de considérer que les plus grands obstacles avec lesquels nous avons à compter dans le mouvement des dents sont la densité, la résistance et le processus de résorption lente de la couche de tissu dur de l'alvéole. Comme l'obstacle dans le cheminement de la dent au travers de l'os est surtout difficile à vaincre quand il s'agit du tissu dur cortical ; pourquoi ne l'amoindririons-nous pas par une petite intervention chirurgicale ? Nous nous éviterions ainsi bien de la perte de temps. Il ne serait pas nécessaire pour cela de réséquer tout le tissu alvéolaire sur le trajet que la dent devrait suivre, comme Talbot le recommandait et peut-être d'autres, car en faisant de la sorte nous pourrions causer préjudice au périoste alvéolo-dentaire.

Si nous enlevons simplement la couche externe, la dent cédera à une force très modérée et en très peu de temps nous aurons le résultat désiré. L'acte chirurgical que comprend cette opération est moindre que celui auquel on est obligé de recourir pour l'implantation, et sans plus de danger.

L'intervention chirurgicale a été peu employée, jusqu'à présent, quant à sa valeur et son indication. J'ose espérer que dans un temps assez rapproché on reconnaîtra cette méthode opératoire dans l'orthopédie dentaire. Lorsque ce temps sera arrivé nous nous demanderons pourquoi pendant tant d'années nous ne nous sommes pas aperçus qu'il était plus sage et plus scientifique de supprimer aisément et rapidement un obstacle que d'employer des forces plus grandes et plus lentes pour chasser la dent de sa place.

Je désire appeler votre attention sur deux gravures représentant une opération faite par M. Cryer de Philadelphie.

Une canine qui avait fait éruption dans le tissu dur du palais ; il résolut de la mettre à sa place normale. Il n'avait pas à sa disposition d'appareil lui permettant de faire ce redressement ; il employa les moyens chirurgicaux. Il sectionna la couche externe ainsi que le tissu spongieux et graduellement il poussa la dent dans sa position normale.

Je ne pense pas qu'elle eût pu être déplacée d'une autre façon.

Dans un ou deux cas j'ai essayé moi-même de faire l'opération et chaque fois j'ai échoué.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

Z. Bajus (*Éditeur de musique*), AVESNES-LE-COMTE (Pas-de-Calais).

Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.

Billard, L. Lemaire, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264,30.**

B. Bourdallé (*Produits anesthésiques*), 127, faubourg Poissonnière, PARIS.

Comptoir international (*Fourn. gén.*), 137, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**

J. Fanguet (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.

Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.

Gardenat (*Prothèse à façon*), 10, rue du Havre, PARIS.

TÉLÉPHONE 214-47 — **P.-A. Kœlliker et Cie** — *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes. — 58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin, PARIS. 45, rue de la République, LYON ; 18, allées de Tourny, BORDEAUX ; ZURICH. — GENÈVE.

L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**

A. Majesté et L. Bouchardeau, (*Impressions en tous genres*). — 70, boulevard Montparnasse, PARIS. CHATEAUROUX.

P. Périé fils (*Fournitures générales*), 44, allée Lafayette, TOULOUSE.

B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

Reymond frères (*Fournitures générales.*) — 23, rue Le Peletier, PARIS. 44, place de la République, LYON. 14, rue de Stassart, BRUXELLES. 4, rue du Grütli, GENÈVE.

L. Richard-Chauvin et Cie (*Gutta*), 1, rue Blanche, PARIS.

Victor Simon et Cie (*Fournitures générales*), 54, rue Lamartine, PARIS.

Société chimique des Usines du Rhône. — *Chlorure d'Ethyle.* *Or de Genève.* — 8, quai de Retz, LYON. 14, rue des Pyramides, PARIS.

Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.

Vinsonnaud (*Assurances contre les accidents*), 20, rue Scheffer, PARIS.

LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

Dr CRUET. — *Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche* précédé d'une préface par le prof. LANNELONGUE. — Masson et Cie, édit., Paris, 1899.

Le Dr Cruet vient de faire paraître, dans la Bibliothèque d'hygiène et de thérapeutique, un ouvrage intitulé : *Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche*, qui ne comble aucune lacune dans la littérature professionnelle.

Sous ce titre, l'auteur nous a donné un simple Manuel du stomatologiste et il a condensé dans son livre l'ensemble des notions médicales relatives à la bouche; il y décrit très sommairement l'anatomie, la physiologie, la pathologie, l'hygiène et la thérapeutique générales de la bouche, ainsi que les opérations qui s'y pratiquent.

Le Dr Cruet passe rapidement sur ces différents sujets; mais il insiste plus particulièrement sur la pathologie de certaines affections, sans qu'on puisse pour cela mieux en comprendre le traitement rationnel.

L'auteur a pourtant bien mis en évidence le grand rôle que joue l'infection en pathologie buccale. A quelque maladie qu'on ait affaire, qu'il s'agisse de stomatite, de nécrose, de pyorrhée alvéolaire, il faut toujours considérer l'action prédominante des éléments infectieux, tous les autres facteurs étiologiques intervenant d'une façon secondaire, soit en préparant un terrain favorable au développement des germes, soit en leur ouvrant une porte d'entrée. Le Dr Cruet va même plus loin et admet que les accidents généraux observés chez les enfants sous le nom d'accidents de dentition ne reconnaissent pas d'autre cause que l'infection locale, qui peut se produire, alors même que la gencive n'est pas encore perforée, mais est seulement très amincie par la dent prête à faire éruption. Les accidents causés par la dent de sagesse se produisent exactement dans les mêmes conditions.

Après avoir fait ressortir le rôle prépondérant des éléments infectieux dans la pathogénie des affections buccales, l'auteur en déduit ce qui doit être la partie principale, la base du traitement qu'il faut leur appliquer et qui peut se résumer en quelques mots : hygiène et antisepsie rigoureuses de la bouche.

Il recommande, pour le traitement de chaque maladie, la méthode qui lui a paru la plus simple et que l'expérience lui a permis de modifier en la rendant encore plus pratique.

Le Dr Cruet termine son ouvrage par un chapitre sur l'hygiène collective encore trop négligée et pour laquelle il indique ce qu'il y aurait à faire.

Le professeur Lannelongue, dans la préface qu'il a écrite pour ce livre, dit, en croyant faire l'éloge du Dr Cruet, qu'il fait bien vite *oublier qu'il est un dentiste professionnel*; cela est vrai, et nous le regrettons.

Parmi les maladies de la bouche, celles des dents sont, et de beaucoup, les plus fréquentes; c'est pour celles-ci que le dentiste, médecin ou non, est le plus souvent consulté; aussi, aurions-nous désiré voir le Dr Cruet consacrer à leur traitement une plus longue description dans son ouvrage. Nous n'avons pas oublié que c'est à lui que nous devons le premier travail sérieux écrit en France sur le traitement des dents, à un point de vue vraiment pratique ; sa thèse sur les caries compliquées a été lue par nous tous avec le plus grand intérêt et même avec profit; nous regrettons seulement qu'il n'ait pas persévéré dans cette voie. Nous critiquerons encore ce livre sur un autre point : des progrès sérieux ont été faits dans ces dernières années en thérapeutique buccale et dentaire, en anesthésie; les médecins n'en sont pas les seuls auteurs, de simples dentistes y ont contribué pour la plus grande part, et parmi eux il en est dont les travaux sont assez importants pour mériter d'être au moins cités dans un traité même élémentaire.

G. VIAU.

CH.-L. QUINCEROT. — *Manuel de thérapeutique dentaire spéciale*, 2e édition. — Vigot frères, édit., Paris, 1899.

Nous avons annoncé dans un de nos derniers numéros qu'une deuxième édition du Manuel de thérapeutique dentaire spéciale de M. Ch. Quincerot venait de paraître.

Une analyse de cet ouvrage a été faite dans ce journal lors de sa première édition ; nous y renvoyons le lecteur.

L'auteur y a ajouté la description et le mode d'emploi de quelques médicaments nouveaux et un court chapitre sur la cataphorèse.

G. V.

La teoria de la infeccion explica el mecanismo de las complicaciones de la caries de los dientes.

M. José Boniquet, de Barcelone, est l'auteur d'une brochure de 30 pages, illustrée de 10 belles gravures, qui a été lue par son auteur à la section dentaire du Congrès d'hygiène tenu à Madrid en avril 1898. Dans cette brochure, consacrée à exposer la théorie de l'infection, notre confrère développe cette idée que cette théorie explique le mécanisme des complications de la carie des dents et appuie son argumentation sur un certain nombre de cas cliniques. Ce travail, consciencieusement fait, résume les idées les plus nouvelles en la matière et la lecture doit en être recommandée aux dentistes qui comprennent la langue espagnole.

G. V.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1899

MM. **Lemerle**, ❂, *président*.
D[r] **Sauvez**, *vice-président*.
L. Richard-Chauvin, ❂, *vice-présid.*

MM. **Choquet**, *secrétaire général*.
Jeay, *secrétaire des séances*.
D[r] **Pitsch**, *secrétaire des séances*.

MM. **Meng** ❂.
Touvet-Fanton.
} *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey et Poinsot.**

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1899

BUREAU

M. **d'Argent**, ❂, *président*.

MM. **Richard-Chauvin**, ❂, *vice-président*.
Coignard, *vice-président*.
De Marion, ❂, *secrétaire général*.

MM. **Prével**, ✠, *secrétaire adjoint*.
Rollin, ❂, *trésorier*.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.** ✵, ❂, **Poinsot** ❂.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Billet**, **Claser** ✠, **Godon** ❂, **Lemerle**, ❂, D[r] **Maire**, **Devoucoux**, **Martinier**, ❂, **Ed. Papot**, ❂, **Paulme**, **Stévenin**, **Viau**, I. ❂.

PROVINCE *(Nord-Est)*.

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. D[r] **Martin**, ✵ (Lyon), **Schwartz** ❂ (Nîmes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (D[r]) ❂, **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit** (**A.**), **Gardenat**, **Pillette**, **Wiesner**, ✵, ❂.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire* ; **Billet**, **De Marion**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin**.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie*.

Conditions particulières consenties par la C[ie] d'assurances l'*Union* :
15 0/0 de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1[re] annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.

Documents Professionnels

Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs et nous nous tenons à la disposition des divers GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désirent porter à la connaissance du public professionnel.*

UNIVERSITÉ DE PARIS. FACULTÉ DE MÉDECINE

Année scolaire 1898-99.

SESSION EXTRAORDINAIRE POUR LE TROISIÈME EXAMEN EN VUE DU DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE.

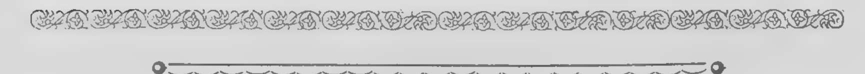
Conformément à l'arrêté du 20 février 1899, une session extraordinaire pour le troisième examen en vue du diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pendant le mois d'avril 1899.

Consignations. — Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) le lundi 20 et le mardi 21 mars 1899, de midi à 3 heures.

Dates des examens. — Les examens auront lieu du 10 au 15 avril 1899.

Paris, le 5 mars 1899.

Le doyen de la Faculté.
P. BROUARDEL.



NOUVELLES

JURYS DE CONCOURS A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

Le tirage au sort pour la constitution des jurys des prochains concours ont donné les résultats suivants :

26 *mars.* — Deux postes de chefs de clinique:

MM. Touchard, d'Argent et Loup; Roy, délégué du Conseil.

30 *avril.* — Un poste de professeur suppléant d'anatomie dentaire :

MM. Sauvez, Grimbert et Pinet; Frey, suppléant; Bioux, délégué du Conseil.

30 *avril.* — Un poste de professeur suppléant de clinique de prothèse.

MM. Martinier, Blocman et Lemerle ; Viau suppléant ; Papot, délégué du Conseil.

Cours libres a la Faculté de médecine.

Le Conseil de l'Université de Paris s'est réuni le 28 février sous la présidence de M. Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris.

M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, a été nommé vice-président.

Le Conseil a autorisé, entre autres, l'ouverture des cours libres ci-après :

Faculté de médecine. — Le docteur Petit : stomatologie, clinique et thérapeutique ; le docteur Dunogier : pathologie et thérapeutique dentaires ; le docteur Bérillon : psychologie physiologique et pathologique. Application de l'hypnotisme.

Le cours du Dr Petit aura lieu amphithéâtre Cruveillier, le jeudi à 5 heures à partir du jeudi 20 avril.

Conférences d'histologie.

M. Launois, agrégé, a commencé ses conférences d'histologie le mardi 7 mars 1899, à 4 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Election d'un associé libre de l'Académie de médecine.

Votants : 81. — *Majorité :* 41.

MM. Filhol	48	voix (Elu).
Galippe	24	—
Galezowski	4	—
Commenge	2	—
Corlieu	1	—
Bulletins blancs	2	—

Caisse de secours des dentistes allemands.

Les dentistes allemands s'occupent en ce moment de la constitution d'une caisse de secours pour la profession. La cotisation minima est fixée à 3 marks (3 fr. 75). Le siège de la caisse serait à Berlin et son action s'étendrait sur toute l'Allemagne.

Faculté de médecine de Strasbourg.

M. le Dr Oscar Römer est nommé privat docent du cours d'Odontologie.



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons avec plaisir.

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

? N° 72. — *Quelle est la température maxima que peut donner le fourneau électrique à émail fabriqué par la maison* Weiss *et* Schwarz *de Vienne?*

? N° 73. — *Comment peut-on effacer les taches de fer sur les dents?*

Dr A. R.

? N° 74. — *Dans le traité de pharmacologie de Schaeffer-Stuckert, il est défendu d'employer les huiles volatiles pour la préparation de l'eau dentifrice au thymol. Pourquoi?*

W. K.

? N° 75. — *Quels sont les inconvénients du thymol comme dentifrice?*

W. K.

? *N° 76.* — 1° *Une extraction a été faite selon les règles de l'art; le patient a quitté le fauteuil après que l'écoulement sanguin a été jugulé; l'opération a été payée immédiatement à l'opérateur. Une hémorrhagie imprévue survient quelques heures plus tard. Le dentiste s'en rend maître plus ou moins facilement;*

2° *Le patient a averti préalablement qu'il est hémophile. L'opérateur s'est placé dans les conditions qu'il croit les meilleures. L'écoulement sanguin a été complètement arrêté par des injections d'eau à 60°. Des bains de bouche à la même température sont indiqués au patient, qui règle l'opération en quittant le cabinet. L'hémorrhagie survient; le dentiste l'arrête.*

Dans ces cas le dentiste est-il fondé à réclamer des honoraires pour sa seconde intervention ou peut-on lui opposer la raison que celle-ci étant la conséquence directe, la suite incontestable de son opération, elle a été réglée en même temps que cette opération?

En un mot, dans ces circonstances, le dentiste est-il assimilable au médecin dont toute consultation ou visite entraîne des honoraires, ou au chirurgien qui, ayant fixé ses honoraires pour une opération, subit en général les suites immédiates de cette opération?

En dehors des opinions personnelles, existe-t-il un semblant de jurisprudence sur ce point?

G. M.

DERNIÈRE HEURE

La nécrose phosphorée en Angleterre.

Nous apprenons par les journaux anglais que le Ministre de l'Intérieur a reçu tout dernièrement trois rapports sur la fabrication des allumettes, au point de vue de la nécrose phosphorée que provoque cette fabrication. Un de ces rapports est dû à M. Georges Cunningham, notre collaborateur, dont nous avons annoncé la mission en France pour l'étude de cette question. En attendant que nous recevions ce document et que nous en publiions les parties essentielles, nous croyons intéressant de reproduire les conclusions suivantes auxquelles arrive notre confrère quant au personnel d'ouvriers travaillant dans les manufactures d'allumettes :

1° Examen préalable plus complet et plus approfondi, médical et dentaire, de tous les individus engagés dans cette industrie et tenue d'un registre donnant les résultats de cet examen ;

2° Examen systématique périodique, médical et dentaire, de ces individus et enregistrement des résultats de cet examen ;

3° Réglements interdisant aux individus à mauvaises dents de travailler dans cette industrie, assurant aux ouvriers les services d'un dentiste et leur allouant un salaire si une maladie les empêche momentanément de travailler ;

4° Fourniture de bains de bouche aux ouvriers allumettiers.

19e ANNÉE. N° 7 15 AVRIL 1899 IIe SÉRIE. VOL. VIII.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

***L'Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

L'ÉVOLUTION DE L'ART DENTAIRE EN FRANCE

Conférence faite à Bruxelles le 25 février 1899.

Par M. LE Dr MAURICE ROY,

Dentiste des Hôpitaux,

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Sur la demande de l'*Association générale des dentistes de Belgique*, M. le Dr Roy a été délégué par l'Ecole dentaire de Paris pour aller faire une conférence à Bruxelles.

Cette conférence a eu lieu le samedi 25 février, à 8 heures du soir, à l'Université libre, dans l'amphithéâtre de physique. Un grand nombre de dentistes des différentes villes de Belgique et un assez grand nombre de dames étaient venus entendre le conférencier, que M. Baruch, président de l'Association générale des Dentistes de Belgique, présenta à l'auditoire en quelques paroles sympathiques, après lesquelles le docteur Roy développa devant un public attentif le thème de sa conférence sur l'*Evolution de l'art dentaire en France.*

Ajoutons que cette conférence a obtenu un grand succès et qu'elle a été suivie d'un banquet où le conférencier a reçu de nos confrères des félicitations et des remerciements dont ils l'ont chargé de transmettre une bonne part à l'administration de l'École qui l'avait délégué.

Voici le texte de cette conférence.

N. D. L. R.

Mesdames, Messieurs,
Mes chers confrères,

Ce n'est pas, vous le comprendrez, sans une certaine émotion que je viens prendre la parole ce soir devant vous. Je suis très flatté évidemment de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à Bruxelles ; mais aussi quel embarras est le mien et quelle responsabilité n'ai-je pas assumée en acceptant de vous faire une conférence, moi étranger, venant pour la première fois dans votre pays !

Heureusement que pour un Français la Belgique n'est pas un pays étranger, à proprement parler, et qu'un Parisien ne se sent pas dépaysé du tout dans votre charmante ville, qui lui rappelle par tant de côtés la cité qu'il vient de quitter, et cela me donne déjà un peu plus d'assurance.

Et puis enfin je pense que les membres d'une même profession ne sont pas des étrangers les uns pour les autres, d'autant plus qu'ici, dans votre Association générale des dentistes de Belgique, je suis en présence de confrères qui visent au même but que la Société à laquelle je m'honore d'appartenir et qui m'a délégué pour la représenter auprès de vous.

Comme nous l'avons fait en France, vous entreprenez le relèvement de l'art dentaire dans votre pays; c'est une noble tâche que d'essayer de secouer la torpeur de ceux qui s'endorment trop facilement sur le mol oreiller de l'habitude et de travailler à l'élévation morale et scientifique de sa profession.

Lorsqu'on se propose un tel but et qu'on le poursuit avec le désintéressement qui convient aux grandes causes d'intérêt général on a les plus grandes chances de réussir, surtout lorsqu'on a avec soi des hommes aussi actifs et aussi dévoués que ceux que vous avez placés à votre tête.

Vous aurez sans doute de grands obstacles à surmonter ; mais, sans cela, où seraient le mérite et même la joie de la victoire ?

A vaincre sans péril on triomphe sans gloire.

Nous aussi, en France, nous avons eu à lutter pour le relèvement professionnel ; il nous a fallu fonder l'enseignement qui n'existait pas, défendre pied à pied notre liberté, notre autonomie, vaincre l'indifférence des uns, l'hostilité des autres. La lutte a été chaude parfois, mais le succès a fini par couronner nos efforts.

L'enseignement dentaire français n'a plus rien à envier maintenant aux organisations étrangères ; il peut aller de pair avec les meilleures d'entre elles et ce résultat est dû à l'*Ecole dentaire de Paris,* initiatrice du relèvement de l'art dentaire en France.

Ce que nous avons fait, pourquoi ne le feriez vous pas ? Votre situation n'est pas notablement différente de la nôtre en 1880 et notre exemple est là qui peut vous servir de guide. C'est pour cela que j'ai pris pour sujet de ma conférence *l'Evolution de l'Art dentaire en France,* pensant que, dans les conditions où vous vous trouvez, je pourrais vous intéresser en vous retraçant brièvement les différents stades par lesquels est passée notre profession dans notre pays, en vous montrant ce que nous avons fait pour son relèvement et les moyens qui nous ont permis d'y arriver.

Peut-être pourrez-vous puiser dans cet exposé quelques indications

utiles pour vous aider à vous organiser et à atteindre le but auquel vous voulez arriver, but pour lequel vous pouvez être assurés de la sympathie de vos confrères français et particulièrement de l'Ecole dentaire de Paris.

Jusqu'au XVIII[e] siècle, l'art dentaire fut absolument libre en France; on comptait du reste peu de gens s'attachant spécialement aux soins de la bouche, et la preuve en est dans l'absence presque complète d'écrits sur la matière, bien qu'on trouve au XVI[e] siècle un opuscule sur les dents d'Urbain Hémard (peut-être la plus ancienne publication odontologique). Cette science spéciale ne commença à se fonder qu'au XVIII[e] siècle et c'est à cette époque que furent établis les premiers règlements sur les dentistes.

Il est assez curieux d'observer que ces règlements sont à peu près identiques à ceux qui régissent les dentistes de Belgique aujourd'hui ; jugez-en plutôt par les articles suivants d'un édit royal de 1768 sur l'exercice de la chirurgie :

Article 126. — Ceux qui voudront ne s'appliquer qu'à la cure des dents seront tenus, avant d'en faire l'exercice, de se faire recevoir audit collège de chirurgie en qualité d'experts.

Article 127. — Ne pourront aucuns aspirants être admis à ladite qualité d'experts s'ils n'ont servi deux années entières et consécutives chez des maîtres en chirurgie, ou chez l'un des experts établi dans la ville et faubourgs de Paris, ou enfin chez plusieurs maîtres ou experts des autres villes pendant trois années, ce qu'ils seront tenus de justifier par des certificats en bonne forme et par des actes d'entrée chez lesdits maîtres ou experts, enregistrés comme il a été dit ci-devant, article 85, au greffe de notre premier chirurgien, dans la quinzaine de la rentrée à peine de nullité.

Article 128. — Seront reçus lesdits experts en subissant des examens en deux jours différents dans la même semaine, après avoir présenté requête dans la forme ordinaire, à laquelle seront joints leurs extraits baptistères, des certificats de religion et un de service.

Ils seront interrogés le premier jour sur la théorie et le second sur la pratique desdits exercices par le lieutenant de notre premier chirurgien, les quatre prévôts et le receveur en charge, en présence du doyen de la Faculté de médecine, du doyen du collège de chirurgie, des deux prévôts et du receveur qui en sortent, de tous les membres du conseil et des deux maîtres de chacune des autres classes qui seront successivement choisis à leur tour.

Si les candidats sont jugés capables dans ces examens, ils seront admis à ladite qualité d'experts, et en prêtant serment entre les mains de notre chirurgien ou de son lieutenant [1].

Vous voyez qu'à part certaines désignations un peu archaïques on pourrait croire l'arrêté de 1884, qui régit votre profession, copié sur cet édit de 1768.

Et cependant, déjà à cette époque les praticiens instruits ne le considéraient pas comme bien satisfaisant, et Fauchard faisait à son

---

1. Lecaudey, *L'avenir de l'art dentaire en France* (Etude critique sur le projet de loi de 1886). Paris, 1888, p. 53.

propos cette critique qui vous frappera certainement, étant donné cette similitude que je viens de vous signaler :

On fait à présent, dit Fauchard, subir un examen à ceux qui se destinent à être dentistes ; mais, quoique messieurs les Examinateurs soient très savants dans toutes les autres parties de la chirurgie, je crois, si j'ose dire mes sentiments, que ne s'appliquant pas à la pratique de celle-ci, il ne serait pas mal que dans ces occasions on admît un dentiste habile et expérimenté, qui saurait sonder les aspirants sur les difficultés qu'un long usage lui aurait fait rencontrer dans son art, et lui communiquer les moyens de les surmonter.

Par ce moyen on ne verrait pas que la plupart des experts pour les dents ne sont munis que d'un savoir au-dessous du médiocre [1].

Cependant, si comme le dit Fauchard, la plupart des experts pour les dents n'étaient munis que d'un savoir au-dessous du médiocre, d'autres aussi avaient su s'élever au-dessus de la commune ignorance, ainsi que le prouvent les ouvrages publiés au XVIII[e] siècle, ouvrages qui montrent les qualités d'observation, de recherche et d'ingéniosité des praticiens instruits de cette époque. Ils décrivaient bien ce qu'ils observaient et s'efforçaient d'en démêler l'étiologie en faisant preuve de connaissances qui étonnent parfois lorsqu'on lit ces ouvrages aujourd'hui. C'est l'époque des Fauchard, des Bourdet, des Bunon; c'est à cette époque qu'un Français, Dubois de Chement, invente les dents de porcelaine.

Les dentistes français jouissaient alors d'une assez grande réputation à l'étranger et, constatation intéressante, parmi les dentistes admis par les Américains eux-mêmes comme les fondateurs de la dentisterie aux Etats-Unis, nous relevons avec une légitime satisfaction les noms de deux de nos compatriotes : Lemaire et Gardette, venus en Amérique avec Lafayette au moment de la guerre de l'Indépendance et qui se fixèrent définitivement dans ce pays [2].

En 1791, le décret qui abolissait les corporations en France supprima la corporation des dentistes et l'art dentaire devint libre comme la médecine et toutes les professions ; il devait conserver cette situation durant un siècle, c'est-à-dire jusqu'en 1892. La loi du 19 ventôse an XI avait réglementé l'exercice de la médecine, mais elle ne fit aucune mention des dentistes, dont la profession resta libre par conséquent, malgré plusieurs procès intentés dans le but de classer les dentistes parmi les personnes visées par la loi sur l'exercice de la médecine.

Jusqu'en 1880, l'histoire de l'art dentaire en France est peu intéressante, bien qu'au début du XIX[e] siècle nous trouvions encore quelques ouvrages qui montrent que cette science était habilement pratiquée par les Français, Delabarre, Lafforgue, Oudet, dignes

1. Lecaudey, *Loc. cit.* p. 53.
2. Godon et Ronnet, *Une mission en Amérique*, p. 5.

successeurs des praticiens du XVIIIe siècle. Mais à cette époque aussi commençait la décadence, alors que justement s'organisaient les écoles dentaires américaines qui devaient faire tant pour le développement de la science dentaire.

A quelles causes était due cette décadence de la France dans une spécialité où elle avait brillé cinquante ans auparavant ? Evidemment à l'absence d'enseignement technique, les dentistes devant apprendre leur art d'une façon empirique auprès de praticiens jaloux de leurs procédés, qu'ils se gardaient bien de communiquer à ceux qui pouvaient devenir leurs concurrents, et cela sans compter les difficultés inhérentes à un apprentissage chez un praticien auprès de ses clients.

Et ce qui vient appuyer cette raison, s'il était nécessaire, c'est la supériorité que gardèrent les Français au point de vue de la prothèse, dont l'enseignement pouvait se faire dans l'atelier du dentiste.

Telle fut la situation qui dura jusqu'en 1880.

A cette époque, les dentistes exerçant en France pouvaient se diviser en trois catégories :

Les simples dentistes.

Les dentistes diplômés d'écoles américaines ou anglaises.

Les dentistes-médecins.

Sauf les diplômés des écoles dentaires, qui étaient en petit nombre, tous ces dentistes n'avaient au point de vue technique que des connaissances notoirement insuffisantes, la prothèse exceptée. Ils puisaient de ci de là quelques vagues notions, qu'ils complétaient tant bien que mal à l'aide de leur expérience personnelle en s'aidant de quelques traités traduits de l'étranger. Les dentistes-médecins n'avaient de supériorité sur leurs confrères simples dentistes qu'au point de vue de la culture générale ; leurs connaissances techniques n'étaient pas plus grandes, l'odontologie n'étant enseignée ni dans les Facultés, ni dans les hôpitaux, ni nulle part ailleurs.

Il existait depuis deux ans environ deux groupements professionnels, peu nombreux, la *Chambre syndicale odontologique* et le *Cercle des dentistes.* Il existait deux ou trois journaux dentaires français nouvellement créés.

Si l'on compare cette situation avec celle de certains pays étrangers tels que l'Angleterre, et plus particulièrement l'Amérique, avec son enseignement professionnel si répandu, ses nombreuses sociétés, ses nombreuses publications, la comparaison était loin d'être à notre avantage et expliquait la faveur dont jouissaient en France les dentistes étrangers alors que, comme je vous le disais tout à l'heure, c'était le contraire autrefois.

Cette situation d'infériorité de leur profession ne pouvait laisser indifférents des esprits jeunes, ardents, qui eurent le mérite rare de se rendre compte des lacunes de leur instruction professionnelle et qui

résolurent de créer ce qui leur manquait, un centre d'enseignement.

Il existait, je vous l'ai dit, deux sociétés professionnelles : l'une, la Chambre syndicale odontologique, composée uniquement de dentistes patentés, dont le but était exclusivement la réglementation de l'art dentaire ; l'autre, le Cercle des dentistes, composé en majeure partie de jeunes praticiens qui s'étaient unis pour échanger leurs observations et se perfectionner mutuellement dans la pratique de leur art et pour se défendre contre les projets restrictifs de la Chambre syndicale.

Ils ne tardèrent pas à sentir le besoin d'un enseignement technique, point de départ indispensable de tout perfectionnement ultérieur ; aussi, à la séance du 4 décembre 1879, celui qui fut le père, pourrais-je dire, de l'Ecole dentaire de Paris et qui devait être le principal artisan de sa prospérité et de son développement, mon ami M. Ch. Godon, le dévoué directeur actuel de l'Ecole, présentait un projet de fondation à Paris d'une Ecole professionnelle libre de chirurgie et de prothèse dentaires ainsi que d'une clinique ou hôpital dentaire adjointe à cette école [1].

Ce projet, examiné et discuté, fut adopté par le Cercle des dentistes le 25 mars 1880 [2].

La fondation de l'Ecole dentaire était donc décidée ; restait à entrer dans la phase de l'exécution.

Il fallait vraiment toute l'ardeur et la confiance de la jeunesse pour tenter une entreprise comme celle-là. Songez qu'il ne s'agissait pas d'une vieille société disposant de vastes ressources, ni de praticiens ayant de grosses situations de fortune leur permettant de faire les sacrifices même des frais de première installation. La majeure partie des membres du Cercle des dentistes étaient des mécaniciens ou des opérateurs ou de jeunes praticiens dans la période des débuts de la clientèle.

Donc pas de *capitaux*, pas de *professeurs*, pas d'*élèves* : il fallait trouver tout cela.

Comment constituer d'abord le gros capital nécessaire au fonctionnement de cette œuvre dont on venait de décider la création ?

Pas un instant les fondateurs ne songèrent à transformer leur entreprise généreuse en une affaire financière ou à quémander un appui auprès des pouvoirs publics. « Comme les dentistes de Baltimore en 1840, comme ceux de Londres en 1853, ils firent bravement appel à l'initiative privée, persuadés qu'en France comme à l'étranger les hommes intelligents et généreux, comprenant toute la portée de leur entreprise, ne leur manqueraient pas [3]. »

---

1. *Bulletin du Cercle des dentistes de Paris*, janvier 1880.
2. *Ibid*, avril 1880.
3. *Fondation de l'Ecole dentaire et de l'Hôpital dentaire libres*, 1880.

Ils ne se trompaient pas dans leurs prévisions : les souscriptions vinrent de toute part, de Paris, de la province, de l'étranger ; au jour de l'ouverture de l'Ecole, le 15 novembre 1880, la souscription s'élevait déjà à 13.700 francs.

L'argent trouvé, il fallait organiser le corps enseignant ; c'était la partie la moins difficile de l'œuvre. Pour les cours généraux on choisit un certain nombre de jeunes médecins instruits, dévoués, qui acceptèrent avec empressement de donner leur concours à cette œuvre désintéressée. Pour les cours spéciaux on demanda à quelques praticiens dont le savoir et l'habileté étaient connus de tous de vouloir bien venir faire profiter les élèves de la nouvelle école des fruits de leur longue expérience.

Restait à trouver les élèves. Cela n'aurait pas dû être la tâche la moins ardue d'après les prévisions des pessimistes ; mais le besoin de cette Ecole se faisait tellement sentir que dès le début les élèves arrivèrent en nombre : la première année, l'Ecole compta quarante-six élèves, bien qu'elle demandât à ceux-ci de gros sacrifices de temps et d'argent.

Du reste, les fondateurs de l'institution donnèrent un exemple rare. S'il est des gens qui fondent des écoles pour s'en bombarder professeurs tout aussitôt, les jeunes fondateurs de l'Ecole dentaire de Paris en furent les premiers élèves ; cela en dit plus que toute autre chose sur le but désintéressé de leur œuvre.

C'est ainsi donc que se trouvèrent réunis, *capitaux, professeurs, élèves.*

On s'installa modestement dans un appartement de la rue Richer, au deuxième étage, et bientôt aussi les malades affluèrent à la clinique de l'Ecole, offrant aux élèves et aux professeurs un vaste champ d'expérience et permettant à des milliers de malheureux d'obtenir *gratuitement* les soins nécessaires pour les affections de la bouche et des dents. J'insiste particulièrement sur cette gratuité, car dès le début les fondateurs avaient tenu en effet à ne rien introduire dans le fonctionnement de l'Ecole qui fût de nature à lui donner un caractère commercial, et elle devait être, en même temps qu'un centre d'enseignement, une fondation philanthropique ; son existence ne devait être assurée que par les souscriptions volontaires des fondateurs et les inscriptions des élèves. C'est le principe qu'elle a toujours suivi et qu'elle suit encore aujourd'hui.

Le succès de cette première année de fonctionnement dépassa les espérances les plus optimistes et montra aux fondateurs qu'ils avaient vu juste et que leur œuvre était bien viable.

Les années suivantes, cette prospérité ne fit que s'accroître et, dès la fin de la seconde année, les administrateurs durent agrandir leurs locaux, devenus trop étroits, étant donné l'augmentation du nombre

des élèves et des malades ; pour les mêmes raisons, le corps enseignant devait être augmenté, en même temps que l'enseignement, au cours de la pratique, se perfectionnait de plus en plus.

Les résultats de la création d'un enseignement professionnel ne tardèrent pas à se faire sentir : le public reconnut bientôt la valeur du diplôme accordé par l'Ecole à la fin des deux années d'études et le prestige et la considération de leurs possesseurs en furent rapidement accrus, d'autant que l'École exigeait de ses élèves un minimum de connaissances générales qui assurait un meilleur recrutement du corps professionnel sorti de chez elle.

Les malades, principaux intéressés, se firent tout naturellement ce raisonnement logique qu'entre deux dentistes, l'un sans garantie de savoir, l'autre pourvu d'un diplôme sérieux, attestation d'études faites et d'examens subis, il était plus prudent de choisir celui-ci et la pratique leur montrait qu'ils n'avaient pas à se repentir de leur choix, les examens subis à l'Ecole ayant toujours offerts, dès le début, toutes les garanties d'impartialité nécessaires à une œuvre sérieuse, les ignorants étant impitoyablement refusés.

Les dentistes diplômés de l'Ecole, mieux instruits que leurs devanciers, contribuèrent à répandre dans le public des idées plus scientifiques sur l'hygiène dentaire, qui commença à être mieux connue et mieux pratiquée ; ils accrurent ainsi la clientèle du dentiste, renversant, en apparence, le principe de la doctrine de l'évolution qui dit que la fonction crée l'organe ; ici c'était en quelque sorte l'organe qui créait la fonction ou tout au moins qui lui enseignait à mieux fonctionner.

La considération du diplôme de l'Ecole ne resta pas bornée à la France ; dès le début, les étrangers attirés par la nouveauté de cet enseignement vinrent s'inscrire à l'Ecole et contribuèrent, une fois rentrés dans leur pays, à répandre la renommée de l'institution.

Une société scientifique s'organisa, conséquence naturelle de la fondation d'une Ecole : il fallait bien qu'ils restassent en communication les uns avec les autres, tous ces nouveaux diplômés, afin de se communiquer et de discuter les observations intéressantes de leur pratique, les nouvelles méthodes scientifiques, les nouveaux instruments qui se produisent incessamment. Ce fut l'*Association scientifique de l'Ecole dentaire*, devenue aujourd'hui la *Société d'odontologie de Paris.*

Un journal, autre conséquence logique de l'Ecole, ne pouvait manquer à cette institution et à cette Société scientifique : *L'Odontologie* fut fondée et vous savez ce qu'est devenu cet organe sous l'influence de la direction qui lui fut imprimée par mon regretté ami Paul Dubois, qui en fit l'un des plus importants journaux professionnels, et sa prospérité s'accroît encore tous les jours.

Grâce à ces deux annexes, société scientifique et journal, les nouveaux diplômés furent entraînés à travailler sans cesse pour le progrès commun et à constituer, en passant par les grades successifs du corps enseignant de l'Ecole, l'état-major où se recrutaient de nouveaux professeurs nécessités par la prospérité croissante de l'institution et l'extension constante de l'enseignement.

Un si éclatant succès dès les premières années de fonctionnement ne pouvait manquer de susciter les jalousies de ceux qui étaient restés en dehors du mouvement qu'avait entraîné cette fondation ou qui lui avaient manifesté leur hostilité. Cette création, en effet, quelque étrange que cela paraisse, n'avait pas rencontré l'appui unanime des dentistes; les prophètes de malheur, les ennemis même ne lui avaient pas manqué. Les médecins-dentistes d'abord, qui rêvaient pour les dentistes l'obligation du diplôme médical, avaient vu d'un mauvais œil cette tentative de perfectionnement de gens qu'ils s'étaient habitués à regarder de très haut et dont la création allait à l'encontre de leurs désirs, dont elle pouvait rendre la réalisation plus difficile.

La Chambre syndicale odontologique, fondée peu de temps avant le Cercle des dentistes et composée uniquement de dentistes patentés, avait très nettement refusé tout concours à la nouvelle fondation, affirmant *l'impossibilité de créer une école semblable en France* [1], ce qui n'était peut-être pas très flatteur pour les Français, et proclamait la nécessité d'obtenir, au préalable, la réglementation par l'Etat de la profession de dentiste, réglementation par un diplôme spécial, ou, de préférence, par l'obligation du diplôme médical.

Cependant l'Ecole continua sa marche progressive avec un succès toujours croissant; des hommes éminents dans la science, dans la politique, Trélat, Verneuil, Brouardel, Paul Bert, Henri Brisson, pour n'en citer que quelques-uns, étaient venus lui apporter le puissant appui de leur nom en présidant les séances annuelles de réouverture des cours. Les élèves continuèrent à affluer à l'Ecole de tous les points de la France et de l'étranger, si bien que, se trouvant de nouveau trop à l'étroit, elle dut s'agrandir pour la seconde fois et alla s'installer dans un hôtel particulier, rue Rochechouart, où une installation très confortable vint remplacer la modeste installation en appartement des débuts. Ces agrandissements successifs étaient la meilleure preuve de son développement.

Mais une autre question allait surgir qui était de nature à modifier profondément l'organisation de la profession, je veux parler de la *réglementation*. *(A suivre).*

---

1. Mémoire présenté par Prosper Chrétien à la Chambre syndicale 1879. Lettre du Dr Andrieu à M. Chrétien.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1899

MM. **Lemerle**, *président.*
Dr Sauvez, *vice-président.*
L. Richard-Chauvin, *vice-présid.*

MM. **Choquet**, *secrétaire général.*
Jeay, *secrétaire des séances.*
Dr Pitsch, *secrétaire des séances.*

MM. **Meng**. **Touvet-Fanton.** } *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey et Poinsot.**

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1899

BUREAU

M. **d'Argent**, *président.*

MM. **Richard-Chauvin**, *vice-président.*
Coignard, *vice-président.*
De Marion, *secrétaire général.*

MM. **Prével**, *secrétaire adjoint.*
Rollin, *trésorier.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.**, **Poinsot**.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Billet, Claser**, **Godon**, **Lemerle**, Dr **Maire, Devoucoux, Martinier**, **Ed. Papot**, **Paulme, Stévenin, Viau, I.**

PROVINCE *(Nord-Est).*

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. Dr **Martin**, (Lyon), **Schwartz** (Nimes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr), **Berthaux, Debray** père, **Dugit** père, **Dugit** (A.), **Gardenat, Pillette, Wiesner**.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire*; **Billet, De Marion, Papot.**

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet, Devoucoux, Papot, Rollin, Stévenin.**

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie.*

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union :* **15 0/0** de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.

Travaux Originaux

INTRODUCTION DU TUBE DE CROOKES DANS LA CAVITÉ BUCCALE

Par M. le Dr Bouchacourt,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, Séance du 7 février 1899.)

Dès le début des applications médicales de la découverte de Röntgen, on a songé à faire suivre au tube de Crookes et à ses rayons les voies naturelles d'accès dans l'organisme.

L'assimilation de l'ampoule à une lampe produisant des rayons très pénétrants, quoique invisibles directement, conduisait fatalement à cette idée.

De plus, il était manifeste que l'introduction du tube de Crookes dans les cavités pelvienne et buccale, outre qu'elle diminuerait beaucoup l'épaisseur des tissus à traverser, éviterait la superposition de surfaces osseuses situées sur des plans différents et dont l'enchevêtrement, dans l'emploi de la méthode ordinaire, était si gênante pour l'interprétation des images.

Mais on s'est heurté, tout d'abord, à des difficultés d'ordre électrique, qui ont fait abandonner les recherches commencées.

L'apparition des troubles trophiques a encore reculé la solution du problème, en décourageant les expérimentateurs.

C'est ainsi que MM. Oudin et Barthélemy ont tenté, en mai 1896, d'introduire dans le vagin d'une femme enceinte un tube de Crookes d'une forme appropriée, mais excité suivant la méthode ordinaire qui était la seule connue à cette époque. L'échec fut complet, car il n'est pas possible de toucher un tube de Crookes en marche dans le circuit, et

encore bien moins de l'introduire dans une cavité naturelle quelconque.

En mai 1897 M. Destot a indiqué la possibilité du fonctionnement intraorganique d'un tube de Crookes à l'aide d'une machine statique bipolaire, le malade étant placé dans le circuit et isolé, ainsi que l'opérateur, sur un grand tabouret à pieds de verre.

Cette conception semble, d'ailleurs, être restée à l'état de projet, car aucun résultat pratique n'a jamais été publié par M. Destot, qui conseillait surtout ce mode d'excitation pour éviter les troubles trophiques, très redoutés à ce moment-là, et non sans raison.

Dès le début de mes recherches, en janvier 1898, je me suis dirigé dans une voie toute différente. J'ai, en effet, basé ma technique opératoire sur la mise au sol parfaite du malade et de l'opérateur. De cette façon, aucun phénomène électrique n'est à craindre ni pour l'un ni pour l'autre.

D'autre part, l'innocuité de la machine statique, au point de vue de la production des troubles trophiques, ayant été établie par M. Destot, j'ai été amené à choisir la seule machine statique dont le fonctionnement fût normal avec un pôle à la terre, c'est-à-dire la machine Carré.

Ayant tout de suite obtenu des résultats pratiques encourageants, j'ai appelé *endodiascopie* cette méthode d'utilisation des rayons de Röntgen, caractérisée par l'introduction ou non du tube de Crookes dans les cavités naturelles, *un pôle du générateur d'électricité étant mis à la terre.*

Mes premières endodiagraphies datent de janvier 1898.

Avec ce mode de connexion électrique, malade, opérateur et instruments étant mis au sol, il n'y a pas de tension électrique ; de plus le malade se trouve en dehors du circuit.

On voit immédiatement que je me suis placé dans les meilleures conditions possibles d'innocuité.

Pour pouvoir introduire le tube de Crookes dans les cavités naturelles, je fis construire des modèles allongés, ayant l'anode située à l'extrémité du tube, la cathode arrivant jusque dans le voisinage de cette extrémité, afin de permet-

tre de porter la surface éclairante le plus loin possible.

L'enveloppe extérieure isolante fut d'abord en bois, puis en métal séparé du tube par un corps isolant.

J'ai exposé dans ma thèse inaugurale (juillet 1898) cette méthode nouvelle, complète en théorie, mais présentant dans la pratique des défauts assez sérieux.

Un grave inconvénient était, d'abord, l'obligation d'employer tout un matériel spécial, comme générateur d'électricité et comme tube. Puis, la nécessité dans laquelle on se trouvait de se servir de la machine statique liait la méthode à toutes les imperfections actuelles de cette source électrique. Enfin, le tube avait une durée éphémère, son fonctionnement avec le pôle à la terre ayant pour effet de diminuer rapidement le vide intérieur, par suite d'un dégagement abondant des gaz du verre en des points différents.

Cet inconvénient est allé en s'accentuant, à mesure qu'on a employé des intensités électriques plus grandes, avec l'espoir bien légitime d'obtenir des rayons plus pénétrants. Aussi, a-t-il fallu successivement, en endodiascopie, changer de source électrique, et modifier l'état électrique du tube pendant son fonctionnement.

Le générateur d'électricité employé par moi aujourd'hui est une bobine d'induction spéciale, car, de même que j'avais été amené à choisir une machine statique unipolaire, de même j'ai été conduit à faire construire une bobine unipolaire.

D'ailleurs, de petits modèles de ce genre sont employés depuis longtemps en médecine et pour l'allumage des moteurs à explosion et des becs d'éclairage.

Celui dont je me sers en diffère surtout par une intensité beaucoup plus considérable : la longueur de son étincelle peut, en effet, atteindre 15 à 20 centimètres, alors que les petites bobines précédentes ne donnaient que des étincelles de quelques millimètres de longueur.

Cette bobine unipolaire a été construite par M. Guenet et elle donne la même longueur d'étincelle, qu'elle soit

montée en bipolaire ou en unipolaire, c'est-à-dire avec un pôle relié à la terre.

On peut d'ailleurs utiliser, pour faire de l'endodiascopie, les générateurs électriques habituels, c'est-à-dire la bobine de Ruhmkorff ordinaire ou la machine statique bipolaire, qui existent presque exclusivement aujourd'hui dans les laboratoires de radiographie et dans les cabinets de médecins s'occupant d'électrothérapie.

Il suffit pour cela d'employer un appareil intermédiaire imaginé par mon collaborateur M. Rémond, qui l'a appelé *régulateur d'induction*. Cet appareil a pour but d'égaliser constamment la tension sur les deux pôles de la bobine ou de la machine statique, de façon à respecter son état électrique normal.

Malheureusement, quand on utilise, pour faire de l'endodiascopie, les générateurs électriques bipolaires, on perd la moitié de l'énergie électrique, car on n'emploie qu'une des moitiés du courant.

L'endodiascope a lui-même subi de nombreux perfectionnements.

Le montage électrique du début a été remplacé par un nouveau dispositif, réalisant une condition indispensable à son fonctionnement : c'est le rétablissement de l'état électrique du tube, modifié par la mise au sol du côté anodique.

De plus, j'ai donné à l'enveloppe métallique extérieure la forme d'un battant de cloche, la partie éclairante du tube étant contenue dans sa portion la plus large (fig. 15).

Cette forme est rationnelle, en ce qu'elle permet à la bouche de se refermer en partie sur une portion rétrécie.

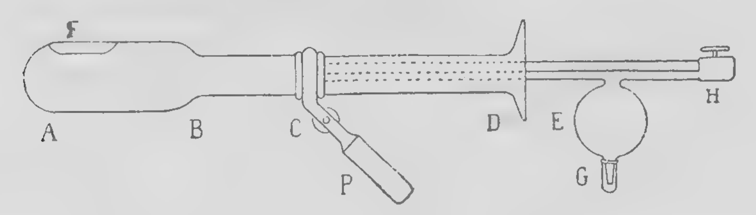
En regard de l'anticathode, l'enveloppe métallique extérieure est percée d'une fenêtre, fermée par une feuille de mica placée à glissière (F) ; cette fenêtre a pour but de livrer passage aux rayons de Röntgen.

La partie rétrécie de cette gaîne métallique (BC) est formée par deux demi-gouttières, s'emboîtant réciproquement de façon à constituer une fermeture complète.

La partie terminale, portant la fenêtre de mica, s'unit à

la partie rétrécie au moyen d'une fermeture à baïonnette.

L'autre extrémité de la gaîne extérieure porte un anneau à bords mousses, qui maintient les deux gouttières au moyen d'une vis de pression placée sur deux prolongements qui, en se réunissant, constituent un manche (CP).



Endodiascope du Dr Bouchacourt.
Montage électrique A. Rémond

Fig. 15.

A B C Gaîne métallique antiseptisable.
F Fenêtre obturée par une lame de mica.
D Gaîne isolante terminée en pavillon.
P Pince métallique fixant le tube, mettant l'anode au sol et formant poignée.
E Capacité auxiliaire pour maintenir le vide.
H Serre-fil venant du pôle négatif de la bobine unipolaire ou du régulateur d'induction.

Entre la monture métallique et le tube de verre, débordant le métal (CD), se trouve une gaîne appropriée, qui rend l'isolement plus complet et se termine en pavillon (D).

J'ajoute que la monture extérieure, formée seulement de métal et de mica, s'enlève avec la plus grande facilité et qu'elle peut être stérilisée à l'étuve à 120°, ce qui réalise les meilleures garanties d'asepsie.

Le manuel opératoire de l'endodiascopie est simple, si l'on se laisse conduire par le principe suivant : il faut chercher à mettre l'endodiascope le *plus loin* possible, et l'écran le *plus près* possible de l'organe à examiner ; l'orientation du tube, de l'écran et de l'organe, doit être telle que ces différents éléments soient presque parallèles.

Le malade doit être placé en résolution musculaire complète, dans une position qui lui permette de rester immobile pendant un certain temps.

L'opérateur prend dans sa main l'endodiascope, en le

tenant par la poignée de sa gaîne métallique comme un spéculum après l'avoir relié au fil de sol.

Il introduit alors l'ampoule dans la cavité dont il veut explorer le voisinage, puis il allume le tube en faisant passer le courant.

En déplaçant le tube et en changeant son orientation, on réalise la mise au point sur l'écran, c'est-à-dire l'obtention de l'image la plus nette de la partie qu'on veut examiner.

Quand la région à explorer est au centre de la zone lumineuse, on peut fixer le tube dans cette position sur un support rigide, mobile dans tous les sens et formant par lui-même une connexion avec le sol.

A partir de ce moment il ne reste plus qu'à faire varier l'éclairage, pour avoir le plus de détails possible dans l'image, ce qu'on obtient en modifiant, de plusieurs façons, l'intensité du courant, sa tension, son débit, la fréquence des interruptions, etc.

Pour explorer commodément la face, en introduisant le tube de Crookes dans la cavité buccale, il faut employer un fauteuil de dentiste, afin de pouvoir immobiliser la tête du patient dans toutes les positions.

L'écran fluorescent peut être tenu à la main par le malade ou par l'opérateur, ou appendu à la tête du malade par une sorte de casque, ou enfin placé au fond d'une chambre noire portative, ce qui dispense de faire l'obscurité dans la pièce.

Le support du tube peut être fixé à un bras ou à un montant du fauteuil, ou même au casque lui-même : dans ce cas le malade n'est plus contraint à l'immobilité.

Si l'on veut examiner les racines dentaires antérieures, il y a avantage, étant donné l'épaisseur et l'extrême mobilité des lèvres, et chez les hommes la présence des moustaches ou de la barbe, à appliquer l'écran directement contre les gencives, en relevant fortement la lèvre correspondante.

Si l'on veut examiner de même, directement, les racines du fond de la bouche, il est possible de le faire, à condition d'employer un fluoroscope spécial et un dispositif parti-

culier : on place dans la bouche, immédiatement contre la région à examiner, un petit écran au platino-cyanure de baryum contenu dans une pochette étanche en celluloïd ; un petit miroir recueille cette image, de façon à en permettre l'examen par l'opérateur, la lumière invisible s'étant transformée sur le corps fluorescent en lumière visible, c'est-à-dire soumise aux lois de la réflexion.

Si l'on veut conserver de l'organe une image durable, on remplace l'écran par une pochette noire en celluloïd, qu'on applique de la même façon contre la gencive et qui peut être maintenue suffisamment en place par la simple pression des joues et des lèvres ; une pellicule photographique aura été, au préalable, placée dans cette pochette.

Je conclurai en disant que, dans l'endodiascopie buccale, le dentiste doit trouver une lampe produisant des rayons d'un merveilleux pouvoir de pénétration et absolument inoffensive pour son malade et pour lui-même.

L'image des organes à explorer peut être examinée directement, dans tous les cas, à l'écran fluorescent, et conservée indéfiniment à l'aide de la pellicule photographique.

On m'a objecté que l'un des graves inconvénients de l'introduction du tube de Crookes dans la cavité buccale est la déformation inévitable des images, par suite du peu de longueur du cône de projection, et que l'écran fluorescent ne présente que des inconvénients.

Il est certain que l'image utile est celle qui est fixée, avec tous ses détails, sur la plaque photographique, et qu'on peut étudier à loisir.

Mais le radiographe qui nie l'importance de l'écran me paraît assimilable au photographe qui prétendrait que le verre dépoli de la mise au point et le viseur ne servent à rien, ou au tireur qui préférerait appuyer la crosse de son fusil contre la hanche, suivant le système en usage autrefois dans l'infanterie allemande.

C'est l'écran qui, d'une façon générale, détermine la position que doit occuper le tube de Crookes pour obtenir la meilleure image possible de l'organe, et avec le maximum

de détails pour un tube et une intensité électrique donnés, éléments qu'on peut d'ailleurs faire varier simultanément.

La déformation de l'image dans son ensemble est incontestable ; mais il existe toujours une zone où elle est à peu près nulle. L'écran fluorescent permet précisément de placer l'organe à explorer dans cette région où l'image n'est qu'agrandie, et qui correspond au parallélisme des 3 plans passant par l'axe du tube, par l'organe et par l'écran, auquel on substituera ensuite la surface photographique.

Quant à l'agrandissement, il est inévitable ; mais il ne présente que des avantages, puisqu'il permet de voir les détails pour ainsi dire à la loupe.

Je termine en disant que la pratique courante seule pourra fixer le manuel opératoire de l'utilisation des rayons de Röntgen dans l'art dentaire, avec un tube de Crookes rendu maniable et inoffensif, et déterminer dans quels cas le tube doit être introduit à l'intérieur de la cavité buccale, et dans quel cas il doit être laissé en dehors de la bouche, et l'écran ou la pellicule photographique placés en dedans.

Je n'ai pas d'autre prétention que de mettre à la disposition de mes confrères stomatologistes une instrumentation complète, qui leur permettra de se servir des rayons de Röntgen mieux qu'avec tous les procédés employés jusqu'à ce jour, et sans aucun danger ni pour leur malade ni pour eux-mêmes.

L'EAU OXYGÉNÉE DANS LA THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE ET DANS LES MALADIES DE LA BOUCHE ET DES DENTS[1].

Par M. F. TOUCHARD,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris,

Lauréat de l'Académie de médecine.

(Suite)

Chez les sujets atteints de kératite parenchymateuse, M. Ferrara a pratiqué, après anesthésie cocaïnique, des injections conjonctivales de $0^{cm^3},33$ à 1 centimètre cube d'eau oxygénée, qu'il répétait à des intervalles de quatre à huit jours. Ces injections ont provoqué des phénomènes réactionnels encore plus intenses que les simples lavages, mais elles ont eu pour résultat de faire rétrocéder rapidement l'opacité de la cornée et la vascularisation péricornéenne.

Enfin, M. Ferrara a également appliqué l'eau oxygénée au traitement des ulcères de la cornée, des iritis et des conjonctivites catarrhales, mais les résultats qu'il en a obtenus dans ces affections n'ont pas été favorables.

D'après M. Vacher, d'Orléans (Congrès français d'ophtalmologie, mai 1897), c'est un antiputride puissant, un antiseptique de premier ordre, un hémostatique précieux et qui n'est pas toxique. On peut l'employer jusqu'à 20 volumes sans inconvénients. Son action est toujours identique, mais d'autant plus forte et plus rapide que son titre est plus élevé. Il s'en sert dans un grand nombre d'affections oculaires : pour assurer l'asepsie du sol ciliaire avant les opérations dans les blépharites ulcéreuses, les conjonctivites purulentes et granuleuses, en frictions et irrigations sous-palpébrales. Dans les abcès du sac, employée à 6 volumes en irrigation, comme elle n'attaque pas l'épithélium cornéen, elle est précieuse pour révéler la

1. Ce travail a été couronné par l'Académie de médecine (prix Alvarenga). Voir *L'Odontologie*, nos des 28 février, 15 et 30 mars.

moindre éraillure de la cornée, le plus petit corps étranger; il s'y forme immédiatement une petite tache blanche due à la mise en liberté d'un peu d'oxygène. Elle est précieuse pour déterger un ulcère avec hypopion.

Introduite à 3 ou 4 volumes dans la chambre antérieure, elle arrête les hémorrhagies iriennes, modifie la sécrétion de l'iritis. Après une opération de cataracte, s'il y a un retard de cicatrisation, un début de suppuration du lambeau, des applications d'eau oxygénée à 5 ou 6 volumes jusque dans la chambre antérieure favorisent la cicatrisation et arrêtent la suppuration.

Dans un intéressant mémoire paru dans les *Archives internationales de Laryngologie et d'Otologie* (septembre 1896), le Dr Gellé donne la pratique de l'emploi de l'eau oxygénée en otorhinologie. Nous y puisons les lignes suivantes: « Pour ce qui est du titre de l'eau oxygénée, on paraît avoir eu un peu peur de son action, peur que rien ne semble justifier, du moins pour ce qui est de la pratique otorhinologique ». Gellé s'est servi d'eau oxygénée à 20 et 22 volumes et les phénomènes réflexes ont été presque nuls. Sur une pratique de près de plus d'un an, avec un emploi presque journalier et plus de 500 applications cliniques d'eau oxygénée, faites à la clinique de MM. Lermoyez et Helme, à la consultation de la Salpêtrière et en ville, il n'a jamais eu à constater de contre-indications à l'emploi de cet agent. L'eau oxygénée est employée par Gellé pour l'oreille chaque fois qu'il veut rapidement nettoyer une oreille pour faire un examen extemporané, au cours d'une otorrhée, par exemple. Un simple bain d'oreille avec de l'eau oxygénée, qu'on pourra sans inconvénient faire tiédir, suffit le plus souvent. On pourra en user aussi pour l'ablation de polypes multiples afin de nettoyer le champ opératoire et arrêter une hémorrhagie spontanée. Mais c'est surtout dans la pratique rhinologique qu'elle trouve son emploi pour arrêter une hémorrhagie au cours d'une intervention chirurgicale. A la suite de l'ablation de végétations adénoïdes ou de morcellement des amygdales, l'ap-

plication en est légèrement entravée par l'abondante mousse qui se produit. Nous empruntons ce qui suit au travail du Dr Gellé :

Emploi de l'eau oxygénée au cours d'une opération intra-nasale. — Dès que la muqueuse entamée saigne abondamment et que le sang masque le champ opératoire et obstrue la narine par ses caillots, forçant l'opérateur à interrompre son opération, il convient de faire souffler vigoureusement le malade par le nez en obturant la narine intacte pour chasser les caillots. Puis aussitôt, en renversant un peu en arrière la tête du patient, on introduit dans la narine un tampon d'ouate hydrophile largement imbibé d'eau oxygénée à 12 volumes. Les tampons ont été préparés par avance de la façon suivante : dans une coupelle on a versé un peu de liquide et l'on a mis tremper un flocon d'ouate hydrophile ; auprès, une pince nasale de Lubet-Barbon sans griffe, instrument qui va nous permettre de porter notre tampon en le comprimant le moins possible. Le tampon sera long, de petit calibre, assez lâche, de façon à pénétrer facilement dans la narine sans être par trop essoré. Nous trouvons préférable, pendant son introduction, de faire redresser la tête du malade et même de la faire un peu rejeter en arrière ; ainsi le liquide ne s'écoule pas par les vestibules, mais va baigner les parties postérieures de la muqueuse. On pousse les pinces et on les retire. Aussitôt que le liquide entre en contact avec le sang, il se produit un énorme dégagement d'oxygène, la narine se couronne d'un volumineux champignon d'écume, le sang se décolore rapidement et bientôt sur la lèvre supérieure ne s'écoule plus qu'une sérosité de plus en plus blanche et de moins en moins abondante, jusqu'à arrêt complet. Le tout, en règle générale, ne demande pas cinq minutes.

On retire alors les tampons, on introduit doucement un tampon sec pour enlever la mousse et l'on continue l'opération commencée. Dans le cas où l'hémorrhagie résiste à un premier tampon, on en introduit immédiatement un second préparé de même, après extraction du premier. En

général, deux ou trois tampons se sont toujours montrés d'une efficacité suffisante.

L'opération est ainsi divisée en quelque sorte en plusieurs actes au cours d'une même séance, entrecoupée d'entr'actes pendant lesquels se fait l'hémostase temporaire, le malade se repose et le chirurgien refait la toilette et l'asepsie des instruments.

Ce résultat, qu'aucun autre agent jusqu'à ce jour ne permettait d'atteindre, laisse loin derrière lui l'action de l'antipyrine à 1/10e, parfois si douloureuse, et de la cocaine à 1/5e dont on connaît les dangers surtout chez les enfants.

Dans la plus grande majorité des cas, l'emploi de l'eau oxygénée est indolore ou le symptôme de douleur se réduit à quelques picotements, quelques sensations de brûlure, d'ailleurs toujours passagers et fort supportables. Le larmoiement se produit assez souvent par reflux du gaz, qui se dégage avec trop de force dans le canal lacrymal, en même temps que chez quelques malades s'injecte l'angle de l'œil.

Il est des sujets chez lesquels, dès l'introduction du tampon, on observe des accès d'éternuement ; mais il n'y a là rien de bien spécial à l'eau oxygénée, c'est un réflexe banal et d'observation courante en rhinologie.

Si, au lieu d'une hémorrhagie nasale traumatique, chirurgicale ou non, on se trouve en face d'une épistaxis spontanée, symptomatique de lésions locales (tumeurs, ulcérations, etc.) ou de maladies générales (affections des reins, du foie, du cœur, etc.) ou supplémentaire, ou bien encore idiopathique, et que l'on veuille arrêter cette épistaxis, la conduite sera la même.

Dès que les moyens vulgaires (séjour dans un endroit frais, le cou et la poitrine libres, pression digitale des ailes du nez contre la cloison, la tête penchée en avant) se seront montrés insuffisants, il faudra sans plus tarder procéder comme il a été dit plus haut et faire un tamponnement antérieur à l'eau oxygénée. Si l'hémorrhagie s'arrête, on enlèvera tous les tampons, on fera la toilette, et pour plus

de sûreté, on introduira un tampon d'eau oxygénée qu'on laissera à demeure pendant plusieurs heures pour éviter le retour des accidents.

Si, malgré tout, malgré le tamponnement antérieur bien fait, le sang continue à couler dans le pharynx, il faut alors procéder selon le mode classique au tamponnement postérieur si douloureux et si dangereux pour l'oreille. Une fois le tampon postérieur fixé, on bourrera la fosse nasale avec des flocons d'ouate imbibée d'eau oxygénée et même on versera dans cette fosse nasale une cuillerée de la solution, puis on obturera l'orifice antérieur.

On ne laissera pas ce tampon plus de quarante-huit heures en place ; mieux vaut même essayer de l'enlever au bout de vingt-quatre heures.

Par cette méthode si simple nous avons pu arrêter des épitaxis symptomatiques (albuminurie cardiaque) qui avaient résisté aux moyens classiques.

On réalise de la sorte l'idéal du tamponnement des fosses nasales : un tampon aseptique et hémostatique ; on se trouve donc dans les meilleures conditions pour éviter les complications du tamponnement postérieur : le coryza purulent, les sinusites, l'otite moyenne suppurée.

Que se passe-t-il lorsqu'on laisse le tampon vingt-quatre heures ?

Lorsque, vingt-quatre heures après un tamponnement nasal à l'eau oxygénée, on vient à retirer le tampon, la première chose qui frappe c'est l'enrobement de la portion nasale du tampon par une épaisse couche d'une matière complètement adhérente et semblable à du blanc d'œuf. Une seconde chose, c'est l'absence complète d'odeur du tampon, ainsi que l'absence de pus. Il va de soi qu'il n'y a plus trace de suintement sanguin.

Ce manque d'odeur du tampon, nous l'avons plusieurs fois observé, même au bout de trente-six heures et de quarante-huit heures, chez des sujets tamponnés à la suite d'ablation de polypes muqueux.

Emploi de l'eau oxygénée en otologie. — L'emploi de

l'eau oxygénée dans la pratique otologique se fera sous forme de bains d'oreille. Il se produit dans l'oreille un bouillonnement intense, perçu par le malade, qu'il s'agisse de pus ou de sang, et l'écume apparaît au méat.

Au bout decinq minutes on fait la toilette du conduit et l'hémorrhagie est arrêtée ou le conduit nettoyé, s'il ne s'agissait que de concrétions purulentes.

C'est ainsi qu'après une intervention on peut vérifier ce qu'on a fait, séance tenante, et continuer l'intervention, une ablation de polypes multiples, par exemple, s'il est jugé nécessaire.

Pour l'oreille, à côté de l'action hémostatique, ici de bien moindre importance, il y a lieu d'attirer l'attention sur l'action antiseptique connue anciennement, pratiquée avec elle par Bettmann en 1885, et abandonnée depuis, nous ne savons trop pourquoi.

C'est, en effet, un excellent topique dont nous conseillerons l'emploi dans le cas d'otorrhée chronique, et un bain d'un quart d'heure avant le lavage aidera beaucoup à la propreté des parties.

On pourra, sans aucun danger et avec un bénéfice réel, en injecter dans la caisse dans le cas de suppuration chronique; le reflux se fera par la trompe et la perforation. D'autre part, l'oxygène qui se dégagera en grande quantité baignera toutes les parties malades, et cela n'est certes pas à dédaigner, surtout aujourd'hui où en Angleterre Stoker, Milligan, Dundas-Grant, préconisent l'emploi de l'oxygène dans les maladies de la gorge, du nez et des oreilles.

A côté de cette action hémostatique de l'eau oxygénée, nous avons dans quelques cas constaté une action vaso-constrictive très nette, surtout dans un cas de paracentèse du tympan au cours d'une otite aiguë; avant l'incision, le tympan était rouge intense; on incise, le sang coule; on donne le bain d'oxygène et au bout de deux minutes, lorsqu'on examine à nouveau, on voit la membrane redevenir pâle, exsangue et l'incision se détacher nettement.

Ailleurs, en badigeonnant la muqueuse nasale avec un

tampon imbibé d'eau oxygénée pour détacher des croûtes et du muco-pus, nous avons pu voir l'extrémité antérieure des cornets inférieurs hypertrophiée diminuer nettement de volume et pâlir.

En badigeonnant la face postérieure d'un pharynx, nous avons pu observer une vaso-constriction semblable.

N'y a-t-il là qu'une simple coïncidence ou bien l'action s'est-elle fait sentir grâce à une éraillure de l'endothélium, phénomène qui alors serait semblable à celui constaté lors de nos expériences sur le lapin ? Peut-être avons-nous assisté à un réflexe banal ; l'attention, attirée sur ce point, amènera sans doute l'explication du phénomène.

En otologie un des inconvénients de l'eau oxygénée, c'est qu'on pouvait craindre de la faire chauffer et que la seule introduction dans une oreille d'un liquide froid est fort douloureuse. Nous croyons qu'on peut la chauffer légèrement sans en atténuer les propriétés, car, d'après Houzeau, on peut faire bouillir pendant quelques instants une eau oxygénée acide sans qu'elle se décompose. Dans la pratique il suffit de porter un instant une coupelle de porcelaine au-dessus d'un bec de gaz et d'y verser ensuite la solution pour que sa température soit incapable de provoquer de la douleur (Gellé).

(A suivre)

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

Z. Bajus (*Éditeur de musique*), AVESNES-LE-COMTE (Pas-de-Calais).

Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.

Billard, L. Lemaire, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264,30.**

B. Bourdallé (*Produits anesthésiques*), 127, faubourg Poissonnière, PARIS.

Comptoir international (*Fourn. gén.*), 137, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**

J. Fanguet (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.

Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.

Gardenat (*Prothèse à façon*), 10, rue du Havre, PARIS.

TÉLÉPHONE 214-47 { **P.-A. Kœlliker et Cie** *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes. } 58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin, PARIS. 45, rue de la République, LYON ; 18, allées de Tourny, BORDEAUX ; ZURICH. — GENÈVE.

L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**

A. Majesté et L. Bouchardeau, (*Impressions en tous genres*). } 70, boulevard Montparnasse, PARIS. CHATEAUROUX.

P. Périé fils (*Fournitures générales*), 44, allée Lafayette, TOULOUSE.

B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

Reymond frères (*Fournitures générales.*) } 23, rue Le Peletier, PARIS. 44, place de la République, LYON. 14, rue de Stassart, BRUXELLES. 4, rue du Grütli, GENÈVE.

L. Richard-Chauvin et Cie (*Gutta*), 1, rue Blanche, PARIS.

Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**

Société chimique des Usines du Rhône. { *Chlorure d'Ethyle.* *Or de Genève.* } 8, quai de Retz, LYON. 14, rue des Pyramides, PARIS.

Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.

Vinsonnaud (*Assurances contre les accidents*), 20, rue Scheffer, PARIS.



SOCIÉTÉS SAVANTES

4me CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

SESSION DE LYON

12, 13, 14 août 1898.

DE L'INTERVENTION DANS LES CAS D'ABCÈS ET DE FLUXION [1]

Rapport présenté par M. le Dr E. Sauvez,
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris,
Dentiste des Hôpitaux.

(Suite)

CINQUIÈME CHAPITRE

DE LA VARIÉTÉ DE L'INTERVENTION SUIVANT DES CONSIDÉRATIONS DIVERSES

Considérations basées sur l'esthétique.

Il nous faut encore attirer l'attention sur l'esthétique, qu'il faut autant qu'il est possible conserver chez les sujets jeunes, les enfants, les femmes, etc., côté qui n'a pas la même importance chez un sujet âgé dont on ne voit pas ou presque pas les dents, par exemple. Quelle que soit la nature de l'infection occasionnée par une des six dents de bouche (fluxion œdémateuse, fluxion phlegmoneuse), nous devrons toujours tenter de conserver ces organes.

C'est ici que nous devrons, suivant la période à laquelle le malade viendra nous trouver, ou faire avorter l'abcès, ou le diriger à notre gré, ou bien encore donner une issue au pus.

A part les cas particuliers que nous avons cités, cas dans lesquels il y aurait à craindre une mauvaise terminaison, tous nos efforts doivent tendre à conserver la dent.

On dit toujours que certaines personnes qui, en riant, découvrent les dents du maxillaire supérieur, ont la lèvre trop courte.

Cette opinion n'est pas toujours juste, car il existe des personnes qui, tout en ayant la lèvre supérieure très développée, découvrent également leurs dents. Cela tient souvent aussi à ce que le maxillaire descend plus ou moins bas.

Plus nous avancerons vers le fond de la bouche, moins nous aurons à nous occuper du côté esthétique.

(1) V. *L'Odontologie*, nos des 30 décembre 1898, 28 février et 15 mars 1899.

Vous savez tous quelles difficultés nous avons quelquefois à imiter la nature lorsqu'il s'agit de remplacer une des dents de bouche dont nous avons été obligés d'extraire la racine.

Lorsque la cicatrisation de la gencive est complète, et *cela suivant la longueur* que possédait ladite racine, nous nous trouvons en présence d'une dépression plus ou moins accentuée de cette gencive. Le côté prothétique joue ici un grand rôle ; mais, malgré tous nos soins, nous n'arrivons jamais, ou du moins bien rarement, surtout lorsqu'il s'agit d'une incisive centrale, et que le malade a le maxillaire très apparent, nous n'arrivons jamais, disons-nous, à remplacer l'organe absent de façon à donner l'illusion de la nature.

La dépression de la gencive nous force à mettre une dent qui est beaucoup plus longue que ses collatérales. Nous pouvons, il est vrai, employer dans ce cas la gencive artificielle, mais celle-ci est bien rarement d'une teinte absolument exacte et laisse en tous cas toujours une solution de continuité, si légère soit-elle, entre elle et la gencive naturelle.

Nous ne saurions donc trop le répéter, *lorsque cela sera possible* nous devrons faire tous nos efforts pour conserver les dents de bouche, et toute notre attention devra être apportée à ce point, même lorsqu'il ne s'agira que des racines.

De la variété de l'intervention suivant le milieu social.

Les décisions que nous pouvons être appelés à prendre, comme nous l'avons vu antérieurement, peuvent être modifiées du tout au tout suivant la situation sociale qu'occupe le malade qui vient réclamer nos soins. Il existe en effet une différence notable entre les soins que nous sommes appelés à donner à un ouvrier et ceux que nous donnerons à une personne occupant une certaine situation sociale.

Un malade se présente à l'hôpital ; il a tous les phénomènes d'une fluxion phlegmoneuse. Ce malade est un ouvrier ne disposant pas de beaucoup de temps. Il vient nous trouver parce qu'il souffre et nous sommes intimement convaincus, que nous ne le reverrons pas lorsqu'il ne souffrira plus. Dans ce cas, il y a humanité, disons-le, laissant de côté le point de vue esthétique, à le débarrasser de la dent incriminée, non seulement en vue des accidents présents, mais encore en vue des accidents divers qui pourront survenir par la suite. Dans ce cas, pour agir le plus rapidement et d'une façon aussi efficace qu'il est possible, nous devrons faire une double intervention, c'est-à-dire, commencer par inciser l'abcès largement et faire l'extraction.

Au contraire, avons-nous affaire à un patient qui reviendra sur nos indications, ne demandant qu'une chose, c'est de conserver sa dent, si malade soit-elle, nous agirons d'une façon absolument différente.

Au lieu de procéder à l'extraction, et suivant la période à laquelle le malade se présentera, nous essayerons de faire avorter l'abcès, ou de le diriger à notre gré, ou bien encore si l'abcès est complètement formé, nous l'ouvrirons largement, en prenant toutes les précautions antiseptiques possibles. Puis, nous attendrons que les phénomènes aigus soient disparus, et alors nous ferons comme pour ce qui se passe dans la typhilite : nous *opérerons à froid.*

Nous pourrons ainsi diriger tout à notre aise notre traitement et nous aurons bien des chances de réussite.

Pour nous résumer, nous ne pouvons mieux comparer la différence d'intervention que nous aurons à pratiquer qu'à la réflexion fort juste que nous faisait, concernant l'opportunité d'intervention suivant le milieu social, notre maître Terrillon.

« Nous avons affaire, disait-il, à deux personnes âgées d'environ 45 ans et atteintes de fibrome utérin, occasionnant des métrorrhagies graves.

L'une de ces femmes est une ouvrière, obligée de gagner sa vie en poussant une petite voiture dans la rue. Celle-ci, nous l'opérerons tout de suite, de façon à supprimer radicalement ces métrorrhagies qui pourraient avoir une terminaison fatale pour la malade.

L'autre sujet, est au contraire une personne aisée, que l'on peut sans inconvénient aucun étendre pendant des mois et même des années sur une chaise longue, lui permettant ainsi d'attendre l'époque de la ménopause.

L'opérerons-nous ? Non ».

Vous voyez donc que, suivant le milieu social dans lequel vivent ceux qui viendront nous consulter, notre opinion au sujet de l'intervention à faire pourra changer du tout au tout.

(A suivre)

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE.

Séance du mardi 31 janvier 1899.

M. Burk fait une communication sur l'obturation d'émail fusible. Il passe en revue l'historique des obturations de porcelaine qu'il divise en trois périodes : 1° celle où l'on ajustait un morceau d'émail ; 2° celle où les morceaux de porcelaine différents étaient tout préparés ; 3° la période actuelle. Il expose son procédé et obture en vingt minutes une dent en présence de ses confrères.

(Extrait de la *Revue odontologique*).



JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

COUR D'APPEL DE PARIS

(Septième Chambre jugeant correctionnellement)

Présidence de M. MARTINET.

Audience du 14 mars 1899

I. USURPATION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE FRANÇAIS. — EXPRESSION GÉNÉRIQUE « DENTISTE AMÉRICAIN ». — INDICATION D'ORIGINE DU DIPLOME. — EXPRESSION INSUFFISANTE.

II. EXERCICE SOUS UN PSEUDONYME, EMPLOI D'UN PRÉNOM. — DÉLIT.

III. EFFET RÉTROACTIF DE LA LOI. — LOI DE POLICE ET DE SURETÉ. — ABSENCE DE DROITS ACQUIS.

I. *Ne satisfait pas au vœu de l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892, comme ne faisant pas connaître l'origine étrangère du titre de docteur qu'il revendique, le dentiste qui, pourvu d'un diplôme de docteur en médecine délivré par une Faculté étrangère, fait précéder son nom du titre de « docteur » en le faisant suivre seulement de ces expressions « dentiste américain », ces expressions, d'ailleurs imprécises, pouvant signifier que le praticien s'est livré à des études spéciales en Amérique ou qu'il a recours à des procédés plus particulièrement employés dans ce pays. (1)*

Peu importe que le prévenu ait employé le titre de docteur seul sans le faire suivre des mots « en médecine », le titre de docteur ne pouvant manifestement dans cette acception signifier autre chose que celui de « docteur en médecine ». (2)

II. *L'emploi d'un prénom seul, fût-il véritable, à l'exclusion du nom de famille, doit être considéré comme punissable au même titre que l'emploi d'un pseudonyme (art. 9, § 4), le prévenu dissimulant ainsi son individualité d'une façon aussi complète que s'il avait fait usage d'un pseudonyme quelconque. (3)*

III. *La disposition transitoire de l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892 autorisant le dentiste patenté à continuer l'exercice de sa profession ne l'a pas dispensé de satisfaire à celles des prescriptions dont la loi n'emporte point un effet rétroactif, notamment les prescriptions de l'article 9, § 4. (4).*

La Cour de Paris, sur tous ces points a rendu l'arrêt suivant:

La Cour:

Considérant que Baumgartner était cité devant le Tribunal de police correctionnelle de la Seine par le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, sous prévention d'infraction aux dispositions des art. 20 et 9 § 4 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine; que le Tribunal, par jugement du 18 novembre 1898, a renvoyé Baumgartner des fins de la prévention sur le premier chef et l'a, sur le deuxième chef, condamné à 25 fr. d'amende; que ledit jugement a été régulièrement et dans les délais frappé d'appel par le prévenu, par la partie civile et par M. le procureur de la République;

Sur le premier chef:

Considérant que la loi punit d'une amende « comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque, se livrant à l'exercice de la médecine, fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine, sans en indiquer l'origine étrangère »; qu'il appert des constatations faites dans le courant de l'année 1898 au domicile du prévenu que la plaque fixée à l'entrée de son appartement portait ces mots: « Docteur Sylvestre, dentiste américain »;

Considérant que Baumgartner se livre, dans les conditions prévues par l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892, à la pratique de l'art dentaire, que la loi précitée considère, aussi bien que l'art des accouchements, comme une branche spéciale de l'exercice de la médecine; que le titre de « docteur » qu'il s'attribue ne peut s'entendre, de toute évidence, que du titre de « docteur en médecine »;

Considérant que le prévenu se prévaut d'un diplôme de la République mexicaine qui le qualifie de docteur; que les expressions « dentiste américain » dont il fait suivre le nom sous lequel il se présente au public ne se réfèrent pas au titre de docteur dont il le fait précéder; qu'elles en restent complètement indépendantes; que ces expressions, dont la signification échappe, du reste, à toute précision, peuvent donner à penser que Baumgartner s'est livré à des études spéciales en Amérique ou qu'il a recours à des procédés plus particulièrement employés dans ce pays, mais qu'elles ne font point connaître, selon le vœu de la loi, l'origine étrangère du titre de docteur qu'il revendique; qu'il échet donc de retenir à sa charge le premier grief relevé contre lui par la partie civile;

Sur le deuxième chef:

Adoptant les motifs des premiers juges;

Considérant, en outre, qu'il n'importe de rechercher, comme le veut le prévenu, s'il se livrait, dès avant le 1er janvier 1892, à la pratique de l'art dentaire sous le nom de Sylvestre; qu'en autorisant Baumgartner à continuer l'exercice de sa profession, la disposition transitoire de l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892 ne l'a pas dispensé de satisfaire aux autres prescriptions de la loi dont l'observation n'emporte pas un effet rétroactif; qu'il en est ainsi notamment de la disposition finale de l'article 9, qui interdit d'exercer sous un pseudonyme; qu'il y a donc lieu de maintenir sur ce point la décision des premiers juges;

Par ces motifs,

Infirme le jugement du 18 novembre 1898 dont est appel, en ce qu'il a renvoyé Baumgartner des fins de la prévention sur le chef d'infraction à la disposition de l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892;

Déclare, au contraire, Baumgartner convaincu d'avoir, depuis moins de trois ans, à Paris, se livrant à l'exercice de l'art dentaire, fait précéder son nom du titre de docteur sans en indiquer l'origine étrangère; que ce fait constitue le délit prévu et puni par l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892, ainsi conçu...;

Confirme pour le surplus le jugement dont est appel, etc.

Plaidants : Me Emile ROGER, avocat pour le Syndicat et Me PAISANT, avocat pour M. Baumgartner; ministère public M. BREGEAULT substitut du procureur général.

(1) A propos du jugement attaqué nous avons publié, dans notre fascicule de janvier 1899, p. 97 d'une manière très complète, les raisons de fait et de droit qui, à notre point de vue, étaient susceptibles d'entraîner la réformation du jugement du tribunal de la Seine (V. le jugement dans *L'Odontologie* de 1898, p. 423). Nous n'y reviendrons pas ; il suffit de s'y reporter pour se rendre un compte exact de leur nature. Nous sommes heureux de constater qu'elles ont prévalu devant la Cour dans un arrêt qui consacre la thèse que nous avons soutenue.

(2) Cette partie du dispositif de l'arrêt mérite quelques observations. L'article 20 est ainsi conçu : « Est considéré comme ayant usurpé le titre français de *docteur en médecine* quiconque, se livrant à l'exercice de la *médecine*, fait précéder ou suivre son nom du titre de *docteur en médecine* sans en indiquer l'origine étrangère. » Des auteurs très autorisés ont soutenu que la triple répétition de ces mots « *en médecine* » semble devoir faire écarter de son application les dentistes et les sages-femmes. Ils se basent sur ce principe qu'en matière pénale tout est d'interprétation étroite. Or, comme la loi, disent-ils, ne vise que les docteurs en médecine, qui se livrent à la pratique de l'art médical en prenant le titre de *docteur en médecine*, il n'y a pas lieu d'appliquer le texte de l'article 20, d'abord à ceux qui ont pris le titre de « docteur » seul, sans ajouter les mots « en médecine » ; puis aux dentistes et aux sages-femmes dont il ne fait point mention.

Cette double objection nous a déjà été faite, sans plus de succès d'ailleurs, à l'occasion de l'affaire *Adler* qui a donné lieu au jugement du tribunal de la Seine du 25 mai 1895 (V. *L'Odontologie* de 1895, p. 353). On avait prétendu que c'était à dessein que les mots « docteur en médecine » étaient entrés dans le texte définitif de la loi. C'est parce que M. Liard, commissaire du Gouvernement, a fait observer « qu'il existait d'autres titres de docteur, en droit, par exemple, ou en théologie, ès-lettres ou ès-sciences », que pour éviter toute amphibologie, la loi ne punit que ceux qui usurpent le titre de *docteur en médecine* ; or ceux qui ne prennent que le titre de « docteur » sans spécification, doivent être déclarés indemnes. C'est pousser le raisonnement un peu loin. Le jugement du 25 mai 1895 et l'arrêt présentement rapporté en ont fait bonne justice. Nous considérons ce point de droit comme définitivement jugé, ainsi que celui qui consiste à dire que les dentistes et les sages-femmes n'étant point nommément désignés dans l'article 20, cet article ne saurait les atteindre. Nous considérons comme constante et définitivement

acquise la jurisprudence qui, d'un côté, a estimé que le dentiste qui fait précéder son nom du mot « Docteur » veut évidemment persuader le public qu'il est « docteur en médecine » et non en droit, ou en théologie, ce qui serait absurde ; et qui, d'un autre côté, se base tant sur les dispositions générales de l'article 16 de la loi, qui considère l'art dentaire et l'art des accouchements comme des branches de la médecine, que sur les paroles prononcées au Sénat, par le Dr Cornil : « Sous le nom d'exercice de la médecine, a-t-il dit, nous comprenons à la fois la médecine proprement dite, l'art dentaire et les accouchements, de sorte qu'exercer illégalement la médecine, c'est exercer illégalement soit la médecine proprement dite, c'est-à-dire la médecine et la chirurgie, soit la chirurgie dentaire, soit l'art des accouchements ». Voilà deux points certains en jurisprudence qui viennent éclairer et fixer la portée des termes de l'article 20.

(3) Sur l'emploi du prénom comme condition d'exercice de la profession, nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit *suprà* p. 101. La Cour, comme le tribunal d'ailleurs, le repousse de la façon la plus absolue, par adoption des motifs des premiers juges. La thèse adverse consistait à dire : « La loi punit l'exercice de la profession sous un *pseudonyme* ; ce qui veut dire, avec Littré, l'exercice sous un faux nom. Or, Sylvestre est mon véritable prénom, donc je n'ai pas exercé sous un faux nom. » Ce syllogisme a reçu l'accueil qu'il méritait. Il est clair cependant que la terminologie de notre paragraphe 4, article 9, eût gagné en précision, si le législateur, au lieu d'employer le mot « *pseudonyme* » eût employé l'expression plus simple suivante : « il est interdit d'exercer autrement que sous son nom de famille,... ou bien sous son nom patronymique. »

(4) Ce quatrième point est un moyen nouveau présenté devant la Cour et qui n'avait point été soulevé devant le tribunal. Le prévenu arguait du principe de la non rétroactivité des lois pénales et se fondait spécialement sur l'article 32 qui dispose que « le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892. » « Avant 1892 j'exerçais, disait-il, sous le nom de Sylvestre ; je puis donc continuer ou sinon, vous faites produire un effet retroactif à la loi, ce qui est illégal ». La Cour répond que le prévenu ne peut pas trouver dans l'article 32 une dispense de satisfaire aux autres prescriptions de la loi dont l'observation n'emporte pas un effet rétroactif, notamment à celle de l'article 9, § 4. « Comment, on m'empêchera de continuer à prendre le nom de Sylvestre sous lequel j'ai acquis une certaine célébrité, et vous dites que vous ne ferez pas produire un effet rétroactif à la loi ! » D'abord, en fait, il est facile d'établir un lien avec le passé si le praticien tient tant que cela à la notoriété acquise ; nous n'avons point de conseil à donner à qui, du reste, n'en ■ nul besoin ; mais voici une

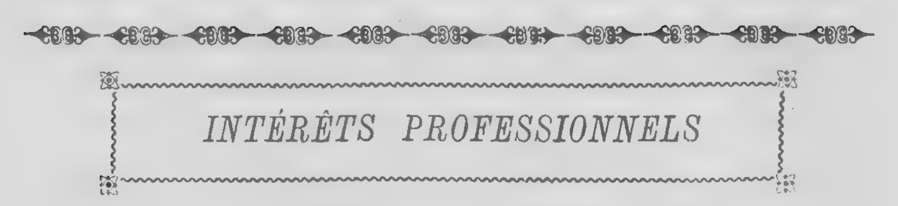
formule qui donnerait satisfaction à la loi en même temps qu'elle protégerait les intérêts; « cabinet du Dr S. de la Faculté de... Etat de Michoacan de Ocampo (Mexique), dirigé par le Dr Sylvestre B... »

C'est la Faculté de l'Etat qui a délivré le diplôme de docteur à M. Baumgartner. J'avoue à ma confusion n'avoir jamais entendu parler de cet Etat; mais cela ne prouve qu'une chose très probablement, c'est mon ignorance en géographie.

Puis, enfin, et c'est notre dernier mot, outre la théorie de la Cour sur ce point, on peut dire d'une manière générale, d'accord en cela avec la Cour de cassation, que c'est le propre des lois de police et de sûreté de déroger, par leur nature même et sans qu'il soit besoin d'une disposition expresse, à toutes possessions et à tous usages contraires, ces possessions et usages ne constituant pas des droits acquis que la loi nouvelle ne puisse modifier. Cass. 9 déc. 1836. Or la loi du 30 nov. 1892 est essentiellement une loi de police et de sûreté.

Voilà les raisons pleinement justificatives de la décision de la Cour sur cette question de non-rétroactivité des lois.

EM. ROGER,
Avocat à Cour d'Appel.



L'ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Le discours de M. Groussier, député de la Seine, à la séance de la Chambre du 9 février dernier, sur l'enseignement professionnel et la discussion qui l'a suivi ont inspiré à un journal politique, l'*Eclair*, quelques réflexions qu'il est intéressant de citer. Les voici :

A l'occasion du budget du Commerce, la Chambre s'est occupée de l'enseignement professionnel. Ce qui est ressorti le plus clairement du débat, c'est la preuve que de pareilles questions ne peuvent être utilement abordées que sous la forme de propositions de loi. Quant aux conversations à bâtons rompus qui s'engagent à la tribune, elles demeurent le plus souvent sans effet, par la raison bien simple que les problèmes qu'elles soulèvent exigeraient, dans la plupart des cas, pour être résolus, une longue et minutieuse étude, à laquelle il ne saurait évidemment être procédé en séance.

Certes, parmi les critiques qui ont été formulées contre la loi de 1880 qui maintient un certain nombre de nos écoles professionnelles sous la double autorité du ministère du Commerce et du ministère de l'Instruction publique, il en est de très fondées. Ce n'est pas à dire pourtant que le transfèrement en bloc au ministère du Commerce constituerait, comme l'ont paru croire plusieurs orateurs, un remède parfait au mal signalé. Solution très simple, incontestablement, mais bien pratique et réellement adéquate à toutes les difficultés du sujet, c'est plus douteux. M. Levraud, qui a vu de très près nos écoles professionnelles de Paris et qui sait combien est divers et d'horizon inégal le champ des études qu'on y poursuit, a eu bien raison de dire que la question était plus complexe qu'elle ne semblait, qu'il fallait l'examiner par espèces et d'abord procéder à un classement rationnel de nos écoles. L'exemple qu'il a choisi de l'école parisienne de physique et de chimie, où se distribue un enseignement scientifique de l'ordre le plus élevé et qui n'en est pas moins assimilée par la loi aux simples écoles d'apprentissage, prouve assez qu'avant d'édicter une règle unique il y a lieu d'établir les distinctions nécessaires.

Au vrai, le ministère du Commerce n'est pas outillé pour la besogne dont on le voudrait charger et c'est une des raisons pour lesquelles il ne se soucie pas trop de l'accepter.

D'ailleurs, quand on a condamné l'enseignement du ministère de l'Instruction publique comme trop théorique, tout n'est pas dit : il faudrait encore établir la capacité du ministère du Commerce à donner un enseignement même purement pratique, et ce n'est pas fait.

Si même, en ce qui touche l'enseignement pratique des métiers, on veut aller au fond des choses, on verra bientôt que ce n'est pas de l'Etat qu'il faut l'attendre. On a dit, au cours du débat, que l'Angleterre, la Belgique, l'Allemagne ont des écoles professionnelles supérieures aux nôtres. C'est vrai ; mais on a négligé d'ajouter que *les meilleures écoles étrangères sont celles qui ont été fondées par l'initiative et avec les ressources des syndicats* de fabricants. Que nos industriels fassent comme ceux des pays qu'on a cités, qu'ils fondent à leurs frais des écoles d'apprentissage, où, sous leurs yeux, par des maîtres qu'ils auront choisis, suivant des méthodes qu'ils auront approuvées, sera distribué l'enseignement qu'ils estiment nécessaire, et ils se seront bientôt procuré des ouvriers de choix dont ils ont besoin pour continuer et renouveler les belles traditions de l'industrie française.

Nous lisons ce qui suit dans le *Progrès médical* du 25 mars :

La création d'une École dentaire a Lyon.

Il est des tendances que l'on ne saurait trop encourager et applaudir : ce sont celles des corporations jadis dédaignées, presque méprisées, malgré leur grande utilité, qui cherchent à conquérir une considération légitime, tout en développant les connaissances scientifiques de leurs membres et leur habileté technique. Notre époque assiste à ce courageux effort des dentistes qui, comme les chirurgiens d'il y a deux siècles, entendent jouir du respect et de la considération auxquels toute profession savante et utile a droit. Les chirurgiens-dentistes, qui ont, avec la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine, acquis un privilège analogue à celui des médecins, se sont rendu un compte exact de ce qui nuisait jadis au bon renom de leur profession ; ils en ont courageusement cherché le remède, qui est le développement de leur instruction scientifique et professionnelle. L'Etat, astreignant la pratique de l'art dentaire à des examens probatoires et conférant pour son exercice des diplômes, avait le devoir de créer pour lui un enseignement spécial annexé dans les Facultés de médecine.

Mais les dentistes n'avaient pas attendu. N'étant pas gênés par des cadres déjà établis, par d'antiques traditions, ils ont voulu être de leur siècle et ont habilement pris l'initiative de leur enseignement professionnel. A Paris, à Bordeaux, ils ont créé des Ecoles dentaires libres, qui sont très florissantes, et ils ont organisé un enseignement pratique et clinique que l'Etat aurait été sans doute impuissant à rendre aussi prospère. Il est nécessaire que le dentiste soit savant, mais il est indispensable qu'il soit habile ; l'enseignement des Facultés de médecine peut répondre au premier besoin, mais les Ecoles dentaires libres sont bien plus à même de développer l'habileté

technique ; du reste la preuve en est faite et leur cause est gagnée, du moins à Paris et à Bordeaux. Ce succès d'une œuvre d'enseignement supérieur libre, dû à l'initiative privée en dehors de toute influence confessionnelle ou politique, est assez rare en France pour qu'elle y ait fait sensation et qu'on ait cherché à la développer. Lyon ne pouvait rester en retard sur Bordeaux et, dès le début de cette année, il se formait dans cette ville un comité d'initiative pour la création de l'*Ecole dentaire de Lyon.* Le choix d'un chirurgien-dentiste aussi distingué que dévoué à sa corporation, M. le Dr Guillot, comme président du comité, est un sûr garant du succès de l'œuvre entreprise. La solidarité existe chez les dentistes (plus que chez les médecins, soit dit en passant) ; la liste de souscription pour la fondation de l'Ecole de Lyon, ouverte il y a à peine un mois, atteint à l'heure actuelle 4.700 francs, dont 1.000 francs ont été versés par l'Association générale des dentistes de France et plus de 2.000 fr. par des dentistes parisiens. Nous ne saurions trop encourager et féliciter M. Guillot et son comité de leurs efforts et nous faisons les vœux les plus sincères pour la fondation et la prospérité de la prochaine *Ecole dentaire de Lyon.*

J. NOIR.

Documents Professionnels

Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs et nous nous tenons à la disposition des divers GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désirent porter à la connaissance du public professionnel.*

DÉCRET

du 1er mars 1899 (19 chaoual 1316).

Louanges à Dieu !

NOUS, ALI-PACHA-BEY, POSSESSEUR DU ROYAUME DE TUNIS,
Avons pris le décret suivant :

TITRE Ier

ART. 1er. — A dater du (un mois après la promulgation) nul ne pourra exercer la profession de dentiste en Tunisie, s'il n'est muni d'un diplôme lui donnant droit à l'exercice de cette profession dans le pays où il lui a été délivré, ou s'il n'est autorisé à exercer la médecine, en vertu des articles 1 et 2 du décret du 15 juin 1888 (6 chaoual 1305).

ART. 2. — Les dentistes qui voudront exercer leur profession en Tunisie seront tenus, dans le délai d'un mois, à partir du jour où ils y auront fixé leur domicile, d'en faire la déclaration par écrit au contrôleur civil de la localité et de déposer entre ses mains, contre récépissé, le titre dont ils sont porteurs. Ce titre sera ensuite vérifié par le Secrétaire général du Gouvernement. S'il a été reconnu valable, il sera enregistré et retourné au titulaire avec une déclaration constatant le droit à l'exercice. Dans les localités où il n'existe pas de contrôleur civil, les déclarations seront adressées directement au Secrétariat général du Gouvernement.

L'omission de ces formalités constitue une contravention passible d'une amende de 16 à 200 francs.

ART. 3. — Les personnes auxquelles aura été délivrée la déclaration constatant le droit à l'exercice pourront se livrer à la pratique de leur art dans toute l'étendue du territoire de la Régence. Dans le cas où elles viendraient à changer de résidence, elles seront tenues, dans le délai d'un mois, de faire enregistrer leur titre par le Contrôleur civil de leur nouvelle résidence.

L'omission de cette formalité constitue également une contravention passible d'une amende de 5 à 15 francs.

ART. 4. — La liste des dentistes pourvus d'un diplôme conférant le droit à l'exercice, ou autorisés à exercer dans les conditions de l'article 9 ci-après, sera publiée chaque année au *Journal Officiel Tunisien.*

ART. 5. — Les personnes munies d'un diplôme de dentiste reconnu valable ne pourront effectuer que les opérations ordinaires de l'art dentaire, *y compris l'anesthésie* LOCALE, sans qu'il leur soit permis de pratiquer aucune autre opération, notamment l'anesthésie générale,

ou d'ordonner d'autres médicaments que ceux ordinairement mis en œuvre par l'art dentaire, sans l'assistance d'un médecin diplômé *dûment autorisé.*

Toute infraction aux prescriptions du présent article sera considérée comme un acte d'exercice illégal et punie comme telle.

Art. 6. — L'exercice simultané de la profession de dentiste et de la profession de pharmacien est interdite, même dans le cas de possession de deux diplômes conférant le droit d'exercer ces professions, et même encore lorsqu'il s'agit de la vente ou de la préparation des médicaments ordinairement en usage dans l'art dentaire. Tout commerce ou industrie autre que la préparation et la vente des pièces ou appareils dentaires est interdite également aux dentistes. Les contrevenants seront passibles d'une amende de 50 à 200 francs.

Art. 7. — Exerce illégalement la profession de dentiste, toute personne qui, sans être munie d'un titre valable, moyennant salaire ou gratuitement, se livre habituellement, ou par une direction suivie, à la pratique de l'art dentaire, sauf le cas d'urgence avérée. Cette disposition ne s'applique pas aux personnes qui, sans prendre le titre de dentiste, opèrent accidentellement l'extraction des dents.

Art. 8. — Toute personne qui se livre à l'exercice illégal de l'art dentaire, sera traduite devant les tribunaux compétents et passible d'une amende variant de 50 à 500 francs. Si le délit d'exercice illégal est accompagné d'usurpation de titre, l'amende sera de 100 à 1.000 fr. L'amende sera double en cas de récidive, et les délinquants pourront, en outre, être condamnés à un emprisonnement qui n'excédera pas trois mois. Les poursuites auront lieu, soit d'office, soit à la requête des personnes pourvues d'un titre leur donnant droit à l'exercice, lesquelles auront le droit, même si la poursuite a lieu d'office, de se porter partie civile et de réclamer des dommages-intérêts pour le préjudice qui leur aura été causé.

TITRE II

Dispositions transitoires.

Art. 9. — Le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il exerçait cette profession en Tunisie à la date de la promulgation du présent décret.

Les dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent, n'auront le droit de pratiquer l'anesthésie qu'avec l'assistance d'un médecin régulièrement autorisé à exercer en Tunisie.

Les dentistes qui contreviendront aux dispositions du paragraphe précédent tomberont sous le coup des peines portées à l'article 8.

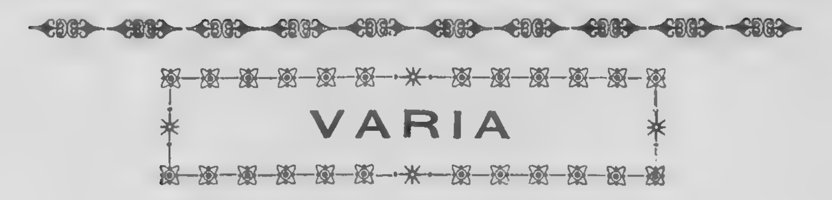
Art. 10. — Notre premier Ministre est chargé de l'exécution du présent décret.

Vu pour promulgation et mise à exécution :

Tunis, le 1er mars 1899.

Le Ministre Plénipotentiaire,
délégué à la Résidence Générale de la République Française,
Révoil.

(Extrait du « Journal officiel Tunisien » *du samedi 18 mars 1899.)*



ETYMOLOGIE DU MOT TARTRE

La matière pierreuse que la salive dépose au collet des dents n'a pas toujours porté le nom de *tartre*. Les auteurs du siècle dernier, tels que Fauchard et Jourdain, l'appelaient tuffe ou chancre des dents, ce que nous savons tous ; mais, si nous en croyons les anciens, cette matière pierreuse fut désignée sous le nom de « Rubigo » par les Latins ; ceux-ci, d'après les poètes avaient pour ces dépôts un profond sentiment de dégoût, à tel point que toutes choses vilaines, horribles, étaient comparées au tartre dentaire.

Ainsi Ovide, dans son tableau de l'envie, dit de ce monstre hideux [1] :

.... Livent rubigine dentes.

Martial emploie une expression dérivant du même mot dans son épigramme adressée à Aulus sur Mamercus, l'infâme calomniateur [2].

Rubiginaris cuncta dentibus rodit.

On voit que les Latins devaient être très soigneux de leurs dents, en raison de l'horreur qu'ils avaient de tout ce qui pouvait s'y déposer et les salir. En tous cas, nous pouvons assurer hardiment qu'ils ne devaient pas être très tendres, dans leurs expressions, pour leurs malheureux compatriotes trop riches en *Rubigo*.

Mais ce n'est pas tout encore, et Paracelse, si nous en croyons M. Vergne, dans son chapitre, *De causa et origine morborum* [3], paraît être le premier qui adopta le mot tartre *(Tartarus)* et se servit de ce terme pour désigner les dépôts pierreux qui se font autour des dents, les sables, la gravelle et les calculs.

Paracelse définit ainsi le tartre :

Tartarus saltem sit excrementum cibi postquam per se, qui per homines spiritus ita coagulatur.

Le théosophe, dit M. Vergne [4], assimile au dépot pierreux qui s'amasse autour des dents ; les sables, les gravelles et les calculs ; pour lui le tartre se dépose dans la bouche et l'estomac le sang et

1. Ovide, *Métamorphoses*, t. II, p. 776.
2. Martial, *Ad Aulum de Mamerco*, épigramme 28, livre 5.
3. Paracelse, lib. 3, p. 67. *Opera omnia*. Edit. de Genève 1658.
4. A. Vergne, *Du tartre dentaire* (thèse 1869,.

les humeurs le portent dans le cerveau, les poumons ou les reins, où il se dépose en quantité variable, suivant l'influence *des astres et de la luxure.*

On voit qu'à cette époque la diathèse arthritique était déjà trouvée, si, comme nous le croyons, l'auteur se sert du mot luxure pour désigner le vice qui s'étend à toutes les débauches poussées à l'excès.

Les amas concrets produisent dans les organes les désordres les plus graves. Les tourments qu'endurent les malheureux dans le tartare (Tartarus) sont seuls comparables aux douleurs que produit le dépôt de tartre (Tartarus).

Ainsi le mot tartre viendrait du mot *Tartare* (Tartarus), la fameuse région des enfers où les scélérats et les impies recevaient leur châtiment.

Bigre ! on devait vraiment souffrir des dents à cette époque et il faut penser que nos confrères latins ne devaient pas être très habiles pour qu'on pût comparer les douleurs dentaires à celles du Tartare, car si nous en croyons Virgile, c'est là que Sisyphe remontait perpétuellement son rocher, que Tantale était tourmenté par le double supplice de la faim et de la soif et qu'Ixion faisait tourner sa roue. Platon dit que ces supplices étaient éternels.

C'est très imagé..... mais cela ne devait tout de même pas vous inspirer la crainte du tartre, vous ne trouvez pas ?

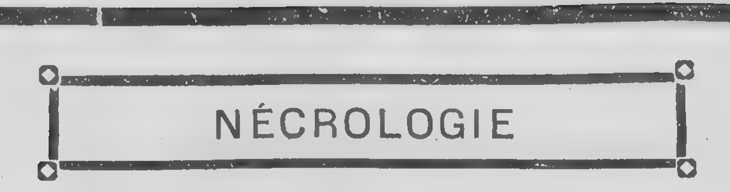
DE CROÈS.

Bibliothécaire adjoint de l'Ecole dentaire de Paris.

DENTIERS ARTIFICIELS POUR CHIENS.

Suivant la *Deutsche zahnärzliche Wochenschrift*, qui emprunte elle-même la nouvelle à la presse anglaise, on a beaucoup admiré à l'exposition canine du Palais de cristal un chien porteur d'un dentier artificiel.

Le fait n'est pas nouveau : un dentiste de Paris qui exerçait encore il y a quelques années, M. Froid, montrait très volontiers à ses confrères qui le rencontraient chez les fournisseurs accompagné de son chien la bouche de cet animal garnie d'une pièce en platine.

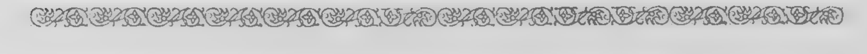


M. TEXIER. M. ROUBIN. M. LEBARS

Nous apprenons la mort de deux de nos confrères, M. Texier, d'Annonay (Ardèche), et M. Ch. Lebars, de Lyon, membres de l'Association générale des dentistes de France.

Nous apprenons également le décès de M. Victor-Jean Roubin, dentiste à Smyrne, mort le 7 mars dernier, à l'âge de 65 ans.

Nous adressons aux familles des défunts l'expression de nos regrets.





Concours a l'Ecole Dentaire de Paris.

Un concours sur titres pour plusieurs postes de démonstrateur de dentisterie opératoire et de démonstrateurs de prothèse est ouvert à l'Ecole dentaire de Paris. Adresser les demandes à M. le directeur-adjoint.

DERNIÈRE HEURE

Congrès dentaire international de 1900.

Par décision de M. Picard, commissaire général de l'Exposition universelle de 1900, en date du 18 mars dernier, les membres du Comité d'organisation du Congrès dentaire international de 1900 ont reçu l'investiture officielle. Ils se sont réunis le mercredi 12 avril sur la convocation de M. le professeur Gariel, délégué officiel des Congrès.

Ecole dentaire de Lyon.

Les souscriptions pour l'Ecole dentaire de Lyon dépassent actuellement 6.000 fr.

Nous rappelons qu'elles sont reçues chez M. J. Bonnaric, 6, rue Centrale, à Lyon, et que les souscripteurs d'une somme de 100 fr. payable en un seul versement ou en cinq annuités reçoivent le titre de *membre fondateur*.

AVIS

Les adresses imprimées de nos abonnés et les précautions prises pour leur assurer une distribution régulière nous permettent de garantir la remise à la poste de tout le service du Journal. Malgré cela, il nous arrive chaque quinzaine quelques réclamations de numéros non parvenus à destination.

L'administration de *L'Odontologie* décline à ce sujet toute responsabilité; elle se tient cependant à la disposition de ses correspondants pour leur envoyer un nouvel exemplaire, s'il est réclamé dans le délai d'un mois.

AVIS

La Direction de l'**École Dentaire de Paris** et l'Administration de **L'Odontologie** prient les Journaux et Revues faisant l'échange avec *L'Odontologie*, de vouloir bien adresser leur publication:

1° Un exemplaire à *L'Odontologie*, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris;

2° Un exemplaire à la Bibliothèque de l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris.

Nota. — Prière instante de mentionner exactement l'adresse, car certaines publications nous parviennent très irrégulièrement, faute d'indication précise.

19e ANNÉE. N° 8 30 AVRIL 1899 IIe SÉRIE. VOL. VIII.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

***L'Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

Travaux Originaux

LA NIRVANINE

COMME ANESTHÉSIQUE LOCAL EN ART DENTAIRE

Par M. E. BONNARD,

Chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 11 avril 1899.)

I

La *Nirvanine* est le chlorhydrate de l'éther méthylique de l'acide diethylglycolamidoxybenzoïque ; elle a pour formule C14 H20 O4 Az2 HCl. C'est un produit de synthèse découvert par le professeur Einhorn et le Dr Heinz et présenté par eux comme un dérivé de l'orthoforme, dans un article intitulé : « Suite aux travaux sur l'orthoforme » [1].

La nirvanine se présente sous l'aspect d'une poudre blanche, cristalline, légère, sans odeur appréciable, d'une saveur salée et un peu amère, rappelant l'iodure de potassium. Elle est très soluble dans l'eau, assez soluble dans l'alcool, peu soluble dans l'éther, insoluble dans l'huile. Son point de fusion est 185°. Elle donne avec le perchlorure de fer une réaction violette. Elle n'est pas caustique et ne devient toxique qu'à des doses très élevées. De plus, sa forte action antiseptique détruit à 1 o/o toute prolifération bactérique.

1. *Münchener. medicinische Wochenschrift*, n° 49, 1898.

II

La nirvanine est un anesthésique puissant, dont l'action peut durer plusieurs heures. De même que l'orthoforme et le chlorhydrate d'orthoforme [1], mise en contact avec les terminaisons nerveuses, elle produit l'anesthésie en les paralysant; mais, contrairement aux solutions de chlorhydrate d'orthoforme, qui sont à réaction acide et partant irritantes pour les muqueuses, les solutions de nirvanine sont neutres.

Les travaux concernant ce nouvel anesthésique sont peu nombreux; il faut en chercher la cause dans l'apparition toute récente du produit. A part le travail original du professeur Einhorn et du Dr Heinz, la nirvanine a été l'objet d'une étude très approfondie du Dr Aug. Luxemburger [2] à la policlinique de Munich. Des expériences auxquelles cet auteur s'est livré sur des lapins, dans le but de contrôler la toxicité publiée par Einhorn et Heinz, il résulte que 0 gr. 222 de nirvanine par kilogramme de lapin en solution à 10 0/0, injectés d'une façon relativement prompte, produisent des accidents toxiques qui se manifestent par des contractions toniques et cloniques, des contractures tétaniques de la musculature dorsale et cervicale antérieure, avec persistance des réflexes cornéens et pupillaires. Les lapins ne pouvant se tenir sur le ventre tombent sur le côté, et de cela l'auteur déduit que le centre de l'équilibre pourrait bien être intéressé.

Il fit en outre 134 opérations, avec anesthésie complète dans la grande majorité des cas. Ainsi furent opérés des kystes, des lipômes, des névromes, des hernies scrotales, des épithéliomas de la face, des lupus, etc., sans jamais aucun trouble toxique, bien que certaines opérations, vu leur durée, aient nécessité une si grande quantité de solution que la dose

---

1. Bonnard, *Orthoforme et chlorhydrate d'orthoforme en art dentaire* (*L'Odontologie*), 30 mai et 15 juin 1898.

2. *Münchener medicinische Wochenschrift*, nos 1 et 2, 1899.

de nirvanine absorbée fut portée de ce fait à 0 gr. 40 et dans un cas à 0 gr. 52.

Rottemberger [1], de Munich, l'a essayée pour l'extraction des dents en solution à 5 0/0 ; les résultats ont été bons, il n'a pas constaté d'œdème.

Robert Marcus [2] l'a essayée également dans la bouche, mais avec quelques insuccès (2 à 3 0/0) qui peuvent être imputés à un défaut opératoire, la trop grande précipitation par exemple.

Malgré tout, il en a été satisfait et il a donné la formule d'une pâte caustique pour détruire la pulpe à parties égales de nirvanine et d'acide arsénieux.

Là s'arrêtent les renseignements qu'on peut trouver dans les travaux antérieurs ; nous n'en connaissons pas d'autres et nous espérons qu'on voudra bien nous excuser des omissions involontaires que nous aurions pu commettre.

III

Partant des résultats de laboratoires publiés par Einhorn et Heinz et confirmés par Luxemburger, nous nous sommes livré à une série d'expériences sur des lapins dans le but : 1° de déterminer la dose susceptible d'amener la mort et de rechercher les lésions l'ayant déterminée ; 2° de contrôler la toxicité publiée par les auteurs.

Lapin A, poids 1350 gr. [3].

Heures	Quantité de sel injectée	
9.50	0.30	Injection sous la peau du ventre de 3 cc. d'une solution à 10 0/0 de nirvanine (0 gr. 30). L'absorption se fait rapidement, la petite tuméfaction disparaît en quelques minutes, l'animal ne paraît nullement incommodé.
10.10		On observe un tremblement à petites oscillations de

1. *Deutsche zahnärztliche Wochenschrift*, n° 38, 1899.

2. *Deutsche zahnärztliche Wochenschrift*, n° 39, 1899.

3. Les expériences de laboratoire ont été faites avec l'aide de M. Saurain, étudiant à l'Ecole Dentaire de Paris, que je remercie du concours qu'il m'a prêté.

Heures	Quantité de sel injectée	
		l'avant-train ; après ce tremblement, qui dure quelques secondes, le lapin semble plus faible sur les pattes de devant.
10.15	0.20	Nouvelle injection intra-musculaire de 2 cc. de solution à 10 o/o.
10.20		Les pattes du train antérieur sont paralysées ; il les étale de chaque côté, le thorax reposant directement sur le sol, il cherche à se relever mais perd l'équilibre et retombe sur le côté. En même temps il mâchonne ; une bave s'écoule de sa bouche, les mouvements caractéristiques des narines sont exagérés.
10.23		Crises de convulsions toniques et cloniques généralisées. Après cette crise il reste étendu inerte sur le plancher, couché sur le côté. Le réflexe cornéen paraît atténué, les paupières se rabattent avec moins de rapidité. Il continue à mâchonner.
10.45		Petite crise de convulsions toniques seulement.
10.50		Accès de tremblement, des extrémités antérieures surtout. On observe ainsi trois de ces accès.
10.52	0.20	Nouvelle injection de 2 cc. de solution à 10 o/o.
10.55		Petit tremblement.
10.56		Nouvelle crise de convulsion.
11.13		Nouvelle crise.
11.15	0.20	Injection de 2 cc. de solution à 10 o/o. Le lapin reste inerte après les convulsions précédentes, il mâchonne, il bave.
		Salive filante.
11.30	0.20	Nouvelle injection de 2 cc. de solution à 10 o/o.
11.45	0.25	Température rectale 34°. On injecte à nouveau 2 cc. 1/2 de solution à 10 o/o. La respiration s'accélère, le cœur bat *très vite.* Les conjonctives et les paupières s'injectent, le réflexe cornéen est aboli.
10.49		Nouvelle crise convulsive, une bave épaisse s'écoule de la bouche, on entend à la respiration de gros râles trachéaux, de temps en temps le lapin frissonne.
11.55		Dernière crise convulsive, le lapin reste inerte, l'œil vitreux et insensible jusqu'à ce qu'il meurt, c'est-à-dire à midi 1/2.
		Autopsie. — A l'autopsie on ne constate que de petits épanchements sanguins dans les poumons, surtout vers les bases et à la partie antérieure, qui se traduisent par des taches ecchymotiques larges de 1/4 ou 1/2 (et plus) c. q. A la surface pleurale, au niveau de ces foyers hémorrhagiques, se détache un peu de sang exsudé, caillé

Heures — Quantité de sel injectée

et adhérant légèrement aux tissus. Du côté des centres nerveux l'examen macroscopique ne révèle rien. Les autres organes paraissent également indemnes.

Urines troubles contenant une forte proportion de nirvanine et de l'albumine. Poids de la nirvanine injectée en solution à 10 o/o en 1 heure 55 : 1 gr. 35.

LAPIN B, POIDS 1.650 gr.

1re *Expérience.*

3.15 — 0.37 — On injecte à ce lapin en une seule fois la dose indiquée par Luxemburger comme donnant des accidents d'intoxication. Cette dose étant de 0 gr. 222 par kilogr. de lapin, celui-ci pesant 1.650 grammes et cela donne 0 gr. 366 de nirvanine.

4.30 — Il ne présente rien de particulier, ne paraît nullement incommodé par la piqûre; il va, vient et mange comme si on ne lui avait rien fait.

Aucun accident. On le laisse reposer un jour.

2e *Expérience* [1].

10.33 — 0.50 — L'animal ne s'est nullement ressenti des opérations de la veille.

Pour cette nouvelle expérience la dose par kilogramme est portée à 0 gr. 30, soit pour le poids du lapin 5 cc. à 10 o/o dans la masse sacro-lombaire droite.

10.38 — Le lapin urine. On recueille l'urine émise.

10.48 — On constate une certaine difficulté dans la marche.

Le train antérieur est d'abord atteint, puis le train postérieur.

Le lapin repose sur le thorax, les pattes de devant écartées.

Il bave, la salive est visqueuse.

10.51 — Contractions de la masse sacro-lombaire, l'animal reste le dos incurvé avec concavité supérieure pendant quelques instants dans une sorte de contracture. Ces phénomènes cessent et le lapin retombe comme affalé, à plat ventre sur ses pattes de devant toujours écartées. Les mouvements toniques de la masse sacro-lombaire réapparaissent, les 4 pattes se raidissent en extension et à cette phase tonique succèdent des convulsions cloniques.

Cette crise dure environ 30 secondes.

Pendant ce temps la respiration s'accentue, les inspi-

1. Même lapin que pour l'observation précédente.

Heures	Qunatité de sel injectée	
		rations atteignent 180 par minute. Les réflexes cornéens sont conservés, la pupille reste normale. Les oreilles sont injectées. L'animal demeure étendu sur le côté, inerte, les pattes allongées ou la tête entre les pattes de devant. Lorsqu'on le change de place, on assiste à une reprise des convulsions, moins intenses et moins longues.
11. »		En touchant les oreilles pour constater la dilatation de leurs vaisseaux, on provoque une nouvelle crise comme la première, avec phase tonique et clonique.
11.02		L'animal fait des efforts pour se relever, mais il reste couché sur le ventre, les pattes antérieures écartées et le train postérieur encore couché sur le côté droit.
11.05		La respiration se ralentit et tombe à 102 par minute. En se secouant il cherche à se relever, mais il retombe dans la même situation.
11.10		Sans provocation il cherche à se relever, la difficulté est grande ; malgré tout il ne s'affale plus et son train postérieur a repris son équilibre stable.
11.17		Il fait des efforts pour avancer, mais son train postérieur s'y refuse absolument.
11.20		Il parvient péniblement à changer de place.
11.25		La marche est encore difficile.
11.35		Il ne reste qu'un peu de lourdeur dans les pattes de derrière.
11.45		Le lapin est dans un état normal. Il marche, va et vient dans le laboratoire et, remis dans son panier, il se met à manger.
		Observations. — L'urine émise par ce lapin à 11 h. 38, c'est-à-dire 5 minutes après l'injection de 5 cc. de nirvanine, contenait une proportion notable de ce sel.
		LAPIN C. POIDS 1.950 gr.
10. »	0 50	Injection à dose massive dans la masse sacro-lombaire de 0 gr. 25 par kilogramme, ce qui donne pour un lapin de 1.950 gr. un poids de 0 gr. 48 de nirvanine ou 5 cc. environ d'une solution à 10 0/0.
10.45		Aucun phénomène d'intoxication.
		LAPIN B. POIDS 1.650 gr.
		3e *Expérience.*
10.35	0.43	Injection à dose massive dans la masse sacro-lombaire de 0 gr. 26 par kilogramme, soit pour un lapin de 1.650 grammes 0 gr. 43 ou 4 cc. 1/4 d'une solution à 10 0/0.
10.50		Lourdeur du train postérieur.
11.05		Il ne reste plus rien, la marche est normale.

Nous ne pensons pas qu'il soit possible de tirer de ces 5 expériences des conclusions confirmant ou infirmant les doses toxiques publiées par Einhorn et Heinz, puis par Luxemburger. Nous devons cependant noter les différences constatées, d'autant plus que ces différences dans la toxicité du produit sont plutôt à son avantage. Les doses toxiques trouvées par Luxemburger sont de 0 gr. 21 par kilogr. de lapin injecté en 24 minutes ; de 0 gr. 23 par kilogr. injecté en 10 minutes ; de 0 gr. 25 par kilogr. de même animal injecté en 27 minutes. Comme on le voit, elles s'élèvent en raison directe du temps écoulé entre la première et la dernière injection, et de cela prenant la moyenne, il en a déduit que la dose toxique était de 0 gr. 222 par kilogr. de lapin.

Or toutes les expériences auxquelles nous nous sommes livré au laboratoire de l'Ecole dentaire de Paris ont été faites à dose massive et, bien qu'en procédant ainsi on puisse s'attendre à voir la dose toxique abaissée et les accidents se produire plus tôt, c'est le contraire qui a été constaté.

Non seulement il a fallu atteindre la dose de 0 gr. 30 par kilogr. pour voir se produire les accidents toxiques (lapin B 2e expérience), mais encore ils se sont produits beaucoup plus tard (15 minutes après la dernière injection), tandis que Luxemburger les a vus apparaître beaucoup plus tôt, bien qu'ayant mis 24 à 27 minutes pour injecter des doses inférieures.

Nous croyons donc que la dose toxique s'approche de 0 gr. 30 par kilogr. de lapin, et si nous tenons compte que la cocaïne est toxique à raison de 0 gr. 02 par kilogr. de lapin (Schmiedeberg), ce qui donnerait pour un homme de 50 kilogr. une dose toxique de 1 gramme, dose mortelle même d'après certains auteurs, que l'expérimentation a abaissé la dose maxima de cocaïne au 1/20, soit 0 gr. 05, nous trouvons que la dose toxique de nirvanine étant de 0 gr. 30 par kilogr. de lapin, serait, pour un homme de 50 kilogr., de 15 grammes, dont le 1/20, soit 0 gr. 75,

constituerait la dose maxima de nirvanine à injecter.

Il résulte des faits que nous avons constatés au laboratoire que la nirvanine provoque des accidents toxiques en agissant sur les centres moteurs. Cette action se traduit par des convulsions toniques, puis cloniques, survenant par accès et auxquels succède une période de paralysie plus ou moins longue.

Quant à la perte de l'équilibre expliquée par Luxemburger comme étant due à une action « sur les centres de l'équilibre », nous croyons plutôt qu'elle tient tout simplement à la paralysie des muscles.

IV

Il restait à déterminer la dose anesthésique en vue de l'extraction des dents et le temps à attendre entre la dernière piqûre et l'opération. On injecta donc à des malades 1 cc. de nirvanine en solution à 1 o/o, 2 o/o, 3 o/o, 4 o/o et 5 o/o, avec des temps d'attente variant entre 5, 8 et 10 minutes [1].

Les injections furent faites dans la gencive comme cela se pratique pour la cocaïne, c'est-à-dire la moitié de la seringue à la partie interne, l'autre moitié à la partie externe, mais en procédant très lentement, car si la nirvanine n'est pas caustique, elle produit cependant, lorsqu'elle est injectée d'un seul coup sous la gencive, une légère irritation qui donne au malade l'impression d'une petite brûlure. Hâtons-nous de dire que cela cesse aussitôt, en même temps que commence l'action anesthésique. 58 opérations ont été faites avec la nirvanine ; on en trouvera la relation au tableau d'observations annexé plus loin.

Il en résulte que les solutions de 1 o/o, 2 o/o, tout en anesthésiant la gencive, sont absolument insuffisantes pour rendre insensible une extraction de dent ; que la solution à

1. Ces essais ont été faits dans le service de clinique dont nous sommes chargé à l'École dentaire de Paris.

3 0/0, quoique ayant donné quelques résultats satisfaisants, pour les mêmes raisons, doit être délaissée comme les premières lorsqu'il s'agit d'une opération unique, et que c'est seulement dans les opérations multiples, voisines, qu'elle pourra être employée, en raison du rapprochement des piqûres, et qu'il faut donner la préférence aux solutions à 4 et 5 0/0 avec un temps d'attente de 8 minutes entre la dernière piqûre et l'opération. Au surplus, il n'y a aucun inconvénient à ce que ce temps d'attente soit porté à 10 minutes; cela est même nécessaire pour les extractions de molaires par exemple, la nirvanine agissant lentement. Dans la périostite on augmentera non pas la concentration, mais la dose à injecter d'un 1/2 cc. et un peu plus même. On s'assurera, par la percussion, de la décroissance de la douleur avant d'opérer.

Dans l'observation 36 l'opération dura 25 minutes et l'anesthésie existait encore une 1/2 heure après. Par ce prolongement de l'anesthésie, la nirvanine a encore un avantage de plus : l'opérateur a tout le temps d'opérer sans se presser, et cela est précieux lorsqu'il s'agit d'une opération difficile, d'une fracture de dent, par exemple. Il n'a pas à craindre comme avec la cocaïne le retour de la sensibilité avant la fin de son opération.

En outre, la faible toxicité de la nirvanine, dix fois moindre que celle de la cocaïne d'après Einhorn et Heinz et Luxemburger, quinze fois moindre d'après nos expériences, permet aux dentistes d'éviter l'anesthésie générale si remplie d'aléas, l'anesthésie locale à la cocaïne non moins dangereuse, lorsqu'il s'agit d'opérations multiples, qu'il est matériellement impossible d'exécuter en une fois et qu'une urgence quelconque peut obliger à faire à des jours trop rapprochés l'un de l'autre. Dans les observations 29, 36 et 39 il a été extrait la première fois 5 dents, la seconde 6 et la troisième 4 avec des doses relativement faibles de nirvanine (0 gr. 09) sans qu'aucune douleur ait été ressentie par le patient, sans aucun accident post-opératoire. L'absence d'accidents ou de douleurs post-

opératoires est d'ailleurs la règle dans tous les cas, sauf quelquefois, mais cela ne peut être considéré comme un accident post-opératoire, un léger empâtement indolore de la région musculaire voisine qui dure deux jours au plus, après quoi tout rentre dans l'ordre.

Il résulte des opérations multiples sur lesquelles nous venons d'attirer l'attention que celles-ci nécessitent proportionnellement moins de nirvanine que les opérations uniques. Cela a besoin d'une explication. Lorsqu'on injecte sous la gencive une solution anesthésique quelconque, la zone anesthésiée dépasse la portion alvéolaire propre à la dent à extraire et s'étend à la partie des alvéoles voisins la plus rapprochée du point d'injection. Dans ces conditions, les opérations multiples à faire étant voisines l'une de l'autre comme l'indique le schéma, les zones anesthésiées de chaque piqûre se confondront entre elles, donnant ainsi à leur point de conjugaison une anesthésie presque aussi intense qu'au point de piqûre même et correspondant à la cloison inter-alvéolaire. Il est facile pour l'opérateur de

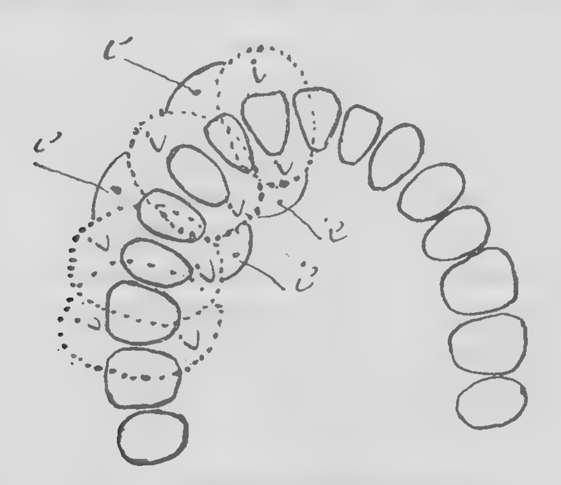


Fig. 16. — Schéma des piqûres à pratiquer.

tirer profit de cette conjugaison des zones anesthésiées. Au lieu d'injecter la même dose à toutes les dents d'un même groupe à extraire, il alternera les piqûres à forte dose (i) et les piqûres à dose plus faible (i'). Il injectera en i par exem-

ple 2/3 cc. divisés entre la face interne et externe et 1/4 cc. en i', c'est-à-dire dans les intervalles des piqûres plus fortes. Ainsi pour le groupe des six dents figurées au schéma en opérant de cette façon, on aura injecté 3 cc. 1/2 de solution à 5 o/o, soit o gr. 175 de nirvanine, ce qui est bien loin, comme on le voit, de la dose maxima. Malgré tout, la quantité devra toujours être subordonnée au degré d'inflammation du champ opératoire, élevée proportionnellement à l'état des muqueuses et conformément aux indications données pour les dents affectées de périostite. Il va de soi que si les dents à extraire, au lieu d'être voisines, se trouvent séparées l'une de l'autre, la dose de 1 cc. par dent devra être reprise comme s'il s'agissait d'extractions uniques.

Nous terminerons par ces conclusions :

Le chlorhydrate de nirvanine présente sur tous les anesthésiques locaux les avantages suivants :

Il n'est pas toxique, il n'est pas caustique.

Il possède de grandes propriétés antiseptiques.

En solution aqueuse à 1 o/o les solutions ne se corrompent pas (Einhorn). En solution à 2 o/o, dans la gélatine, les bacilles pyocyaniques, le staphil. albus et citreus ne donnent pas de culture (Luxemburger). Les solutions se conservent bien, elles peuvent être facilement stérilisées ; il n'en est pas de même de la cocaïne. Les plaies cicatrisent bien et rapidement.

On ne lui connaît pas de contre-indications. Ses propriétés anesthésiques, ainsi que la grande sécurité qu'il offre à l'opérateur, le mettent au premier rang des anesthésiques locaux et doivent le faire préférer à tout autre.

Opérations pratiquées avec la Nirvanine.

NUMÉROS	NOMS	AGE	PROFESSIONS	QUANTITÉ	TITRE	TEMPS D'ATTENTE	DÉSIGNATION de L'EXTRACTION	OBSERVATIONS	NOMBRE D'OPÉRATIONS	RÉSULTAT
1	L.	25	Serrurier.	1cc.	1 %	5′	I. c. s. g.	3 minutes après la dernière piqûre la sensibilité est atténuée, complètement disparue à la 5e minute. Opération douloureuse, seule la muqueuse est anesthésiée, pas d'accidents consécutifs, cicatrisation rapide.	1	nul
2	Mlle V. G.	20	Couturière.	1cc.	1 %	5′	M. 6. s. g.	A la 3e minute, perçoit la piqûre de la muqueuse; à la 5e minute anesthésie plus accentuée, disparait vers l'extrémité radiculaire. A souffert, sang plus rose, plus fluide, pas d'accidents consécutifs, bonne cicatrisation.	1	nul
3	G. H.	32	Maçon.	1cc.	1 %	5′	2 p. inf. d.	Sensation de légère brûlure à l'injection, a souffert, émission de sang abondante, sang plus clair, plus limpide. Pas d'accidents consécutifs.	1	nul
4	Virg. M.	25	Bonne.	1cc.	2 %	5′	r. m. 6. s. d.	Ne sent pas les piqûres trois minutes après la dernière injection, au bout de 5 minutes des essais de traction provoquent un peu de douleur. Opération douloureuse, bonne cicatrisation.	1	nul
5	Mme M.	40	Cuisinière.	1cc.	2 %	8′	r. i. c. s. d.	Douillette, se laisse difficilement injecter la gencive, au bout de 5 minutes la gencive peut être traversée sans douleur. A très peu souffert, pas d'accidents consécutifs.	1	assez bon
6	G.	39	Tailleur.	1cc.	2 %	10′	1re p. i. g.	A la 5e minute, les tissus sont traversés avec un instrument sans manifestation douloureuse. A très peu souffert, pas d'accidents consécutifs, bonne cicatrisation.	1	assez bon
7	P.	15	Apprenti.	1cc.	3 %	5′	M. 6. inf. d.	Muqueuse insensibilisée à la 3e minute. A très peu souffert. Un peu de raideur des muscles voisins, pas d'accidents consécutifs.	1	bon
8	L.	29	*Afficheur.*	1cc.	3 %	5′	*r. 1re p. s. d.*	*Troubles nerveux au cœur; à la 5e minute, n'accuse aucune douleur lorsqu'on traverse la muqueuse. Opération douloureuse, n'est pas revenu.*	1	nul
9	R.	33	Plombier.	1cc.	3 %	10′	r. i. c. s. d.	*Alcoolique, n'a ressenti aucune douleur. Ne devait revenir qu'en cas d'accidents même légers;* **n'est pas revenu.**	1	bon
10	Mme L.	25	Couturière.	1cc.	3 %	10′	M. s. s. d.	Opération absolument sans douleur. Revue 3 jours après, pas d'accidents locaux, plaie de bon aspect.	1	bon
11	W.	43	Jardinier.	1cc.	4 %	5′	M. 12. i. d.	Opération très peu sentie, sang abondant, rose, fluide, pas d'accidents consécutifs.	1	bon
12	B.	40	Cocher.	1cc.	4 %	10′	r. 2e. p. s. d.	Opération complètement sans douleur. A eu le côté gauche de la lèvre supérieure un peu « raide » *(sic)* pendant 2 jours. Pas d'accidents consécutifs.	1	bon
13	T.	19	Garçon de course.	1cc.	5 %	8′	r. c. s. d.	N'a pas souffert. Pas d'accidents consécutifs, sauf un peu de raideur de la joue.	1	bon
14	Juliette M.	»	Employée.	1cc.	5 %	5′	r. 2e p.	Kyste radiculaire, très craintive; a un peu souffert. La douleur peut être attribuée au kyste. Légère raideur de la lèvre.	1	bon
15	Mme C.	»	Femme de ménage.	1cc.	5 %	8′	r. m. 12. s. d.	N'a pas du tout souffert, pas d'accidents consécutifs.	1	bon
16	Mme L.	22	Plumassière.	1cc.	4 %	5′	M. 6. s. g.	A un peu souffert. 10 minutes après la première injection l'alvéole est traversé de part en part sans aucune douleur.	1	assez bon
17	la même	»	»	1cc.	4 %	5′	M. 6. inf. d.	Opération faite sur sa demande dans la même séance et 20 minutes après la première. A un peu souffert, pas de symptômes généraux, bonne cicatrisation des plaies, pas d'accidents post-opératoires.	1	assez bon
18 19	B. G.	35 34	Couturière. Couturière.	1cc. 1cc.	4 % 4 %	8′ 5′	r. i c. s. d. C. s. g.	Aucune douleur à l'extraction. Grande nerveuse.	1	bon
20	la même	»	»	1cc.	4 %	5′	r. m. 6. s. g.	Ces deux opérations ont été faites ensemble sans aucune douleur; pas d'accidents généraux ni locaux.	2	bon
21	Mme L.	25	Couturière.	1cc.	4 %	8′	M. s. i. d.	Cette dame a déjà été opérée à la Nirvanine (obs. no 10), opération sans aucune douleur, pas d'accidents post-opératoires.	1	bon
22 23	Mme X. la même			2cc.	5 %	10′	C. i. d. I. l. i. d.	Ces deux opérations sont faites ensemble et sans aucune douleur. La malade n'est pas revenue.	2	bon

Opérations pratiquées avec la Nirvanine *(Suite)*.

NUMÉROS	NOMS	AGE	PROFESSIONS	QUANTITÉ	TITRE	TEMPS D'ATTENTE	DÉSIGNATION de L'EXTRACTION	OBSERVATIONS	NOMBRE D'OPÉRATIONS	RÉSULTAT
24	Mme G.	56		1cc.	5 °/o	8′	M. 6. i. d.	Opération absolument sans douleur, sang abondant plus rose, pas d'accidents consécutifs.	1	bon
25	Mme B.	59	Rentière.	1cc.	5 °/o	8′	2e p. inf. d.	Cardiaque, très peureuse. Cocaïne contre-indiquée par son médecin. Opération sans aucune douleur et sans accidents consécutifs.	1	bon
26	P.	22		1cc.	5 °/o	8′	M. 12. s. d.	Mauvais état général ; à partir de la 2e minute, muqueuse insensibilisée. Opération très peu douloureuse. *Périostite.*	1	bon
27	S.	33		1cc.	5 °/o	7′	1re p. s. g.	Opération difficile, fracture de la dent. Accuse une douleur insignifiante, pas d'accidents généraux ni locaux.	1	bon
28	N.		Tourneur.	1cc.	4 °/o	6′	1re p. i. d.	Mauvais état général, revient des colonies. Très nerveux. Opération douloureuse, kyste radiculaire, pas d'accidents consécutifs.	1	nul
29	Mme L.	25	Couturière.	2cc 1/2	4 °/o	8′	2e p. s. g. 1er p. s. g. C. s. g. I. l. s. g. I. c. s. g.	A déjà été opérée deux fois à la nirvanine (obs. 10 et 21). Injection lente et fractionnée. La malade opérée par l'étudiant de service n'a ressenti aucune douleur. Pas de symptômes généraux. 3 jours après, les plaies sont en bonne voie de cicatrisation. Léger empâtement de la lèvre gauche. Aucune douleur post-opératoire.	5	bon
30	Mme C.	39	sans profession.	1cc.	5 °/o	8′	M. 6. i. g.	Extraction sans aucune douleur. La sensibilité de contact a persisté. Pas d'accidents consécutifs.	1	bon
31	L.	31	Imprimeur.	1cc.	5 °/o	8′	M. 6. s. g.	Arthritique, très nerveux. Opération absolument sans douleur. N'est pas revenu.	1	bon
32 33	Mme D. la même	40 »	Polisseuse.	1cc. 1cc.	4 °/o 4 °/o	8′	M. s. s. g. C. s. d.	A souffert très peu à l'extraction de la M. S. S. G., mais n'a rien senti à celle de la canine qui a été faite ensuite. Pas d'accidents généraux. Léger empâtement de la lèvre droite le lendemain.	2	assez bon
34	Mlle C.			1cc.	5 °/o	8′	2e p. s. d.	*Extraction absolument sans douleur. Pas d'accidents consécutifs.*	1	bon
35	Mme D.	40		1cc.	4 °/o	8′	M. s. i. d.	Extraction absolument sans douleur. La malade réclame d'autres opérations. Pas d'accidents consécutifs.	1	bon
36	Mme L.	25	Couturière.	3cc.	3 °/o	8′	I. c. s. d. I. l. s. a. C. s. d. 1e p. s. d. 2e p. s. d. r. M. 6. s. d.	Cette malade, qui a déjà été opérée 3 fois avec la nirvanine (obs. 10, 21 et 29), a subi 6 extractions dans la même séance avec 3cc. à 3 °/o, sans aucune douleur, sans accidents généraux. L'opération a été particulièrement laborieuse pour la molaire de 6 ans (exostose des racines). Les 6 opérations ont duré 25 minutes. La malade n'a accusé aucune douleur. Pas d'accidents généraux, seulement léger empâtement de la lèvre supérieure droite. (Ces opérations ont été faites en présence de MM. Martinier, Barrié et d'Argent).	6	bon
37	Mme C.	38	Couturière.	1cc.	4 °/o	8′	M. s. s. d.	Extraction sans aucune douleur, pas d'accidents consécutifs.	1	bon
38	L.			1cc.	5 °/o	8′	2e P. s. g.	Anesthésie incomplète, dent très mal placée, anomalie de direction, fistule. La solution s'échappe par le canal fistulaire. A un peu souffert. Kyste radiculaire. Epaississement de la lèvre, douleurs post-opératoires attribuables au kyste.	1	passable
39	Mme L.	25	Couturière.	3cc.	3 °/o	8′	1e P. i. D. 2e P. i. D. M. 12 i. d. M. s. i. d.	C'est la 5e opération avec la nirvanine (voir obs. 10, 21, 29, 36. Anesthésie parfaite, les racines de ces quatre dents sont enlevées sans aucune douleur. Pas d'accidents consécutifs.	4	bon
40	Mlle B.	19		1cc 1/2	5 °/o	8′	M. 6. s. d. 2e P. s. d.	Légère cuisson causée par injection brusque. A déclaré avoir un peu souffert, puis quelques instants après n'avoir rien senti.	2	assez bon
41	Mme N.	30	Couturière.	1cc.	5 °/o	8′	1e P. s. d.	Nerveuse, a crié, mais n'a pas souffert.	1	bon
42	Mme M.	19		2cc.	5 °/o	8′	I. c. s. g. C. s. g.	N'a rien senti.	2	bon
43	Mme de L.		sans profession.	1cc.	5 °/o	10′	r. m. s. i. d.	Incluse dans la branche montante, impossible à saisir. Opération laborieuse. Aucune douleur.	1	bon
44	Pauline A.	28	Domestique.	1cc.	5 °/o	8′	r. m. s. s. g.	Périostite. Aucune douleur.	1	bon

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1899

MM. **Lemerle**, ✿, *président*.
Dr **Sauvez**, *vice-président*.
L. Richard-Chauvin, ✿, *vice-présid*.

MM. **Choquet**, *secrétaire général*.
Jeay, *secrétaire des séances*.
Dr **Pitsch**, *secrétaire des séances*.

MM. **Meng** ✿.
Touvet-Fanton.
} *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey et Poinsot.**

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1899

BUREAU

M. **d'Argent**, ✿, *président*.

MM. **Richard-Chauvin**, ✿, *vice-président*.
Coignard, *vice-président*.
De Marion, ✿, *secrétaire général*.

MM. **Prével**, ✠, *secrétaire adjoint*.
Rollin, ✿, *trésorier*.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.** ✵, ✿, **Poinsot** ✿.

MEMBRES DU CONSEIL

Paris

MM. **Billet**, **Claser** ✠, **Godon** ✿, **Lemerle**, ✿, Dr **Maire**, **Devoucoux**, **Martinier**, ✿, **Ed. Papot**, ✿, **Paulme**, **Stévenin**, **Viau**, I. ✿.

Province *(Nord-Est)*.

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. Dr **Martin**, ✵ (Lyon), **Schwartz** ✿ (Nîmes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (D^r) ✿, **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit** (**A.**), **Gardenat**, **Pillette**, **Wiesner**, ✵, ✿.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire* ; **Billet**, **De Marion**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin**.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie*.

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union* :
15 0/0 de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.

L'EAU OXYGÉNÉE DANS LA THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE ET DANS LES MALADIES DE LA BOUCHE ET DES DENTS [1].

Par M. F. Touchard,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris,
Lauréat de l'Académie de médecine.

(Suite)

Emploi de l'eau oxygénée dans les maladies de la bouche et des dents. — D'après tout ce que nous venons de dire sur l'eau oxygénée on peut concevoir les services que cet agent peut rendre dans les affections si fréquentes et si communes de la cavitébuccale. Sans vouloir refaire ici la description des nombreux microbes qui habitent à l'état normal cette cavité, soit comme agents saprophytes ou biogènes, soit comme le bactérium termo, l'amylobacter, le subtilis, etc., qui causent la fermentation et la décomposition des matières alimentaires demeurées dans les interstices dentaires après l'alimentation et qui viennent pulluler dans les cavités produites par la carie dentaire, soit enfin les agents qui ont été décrits par Miller, Galippe et Vignal et autres stomatologistes comme produisant la carie ou comme habitant le tartre dentaire, nous savons aujourd'hui que presque tous les agents pathogènes pour l'homme se trouvent dans la bouche des sujets sains, le plus souvent heureusement à l'état inoffensif et non virulent, mais qu'ils attendent là un état de *minoris resistenciæ* pour devenir pathogènes et causer, soit la gingivite, soit la stomatite sous toutes ses formes, soit l'amygdalite ou les angines rouges et les angines à fausses membranes. Nous savons que des microbes dangereux, comme le microbe de Klebs-Lœffler, comme le streptocoque de l'érysipèle, comme tous les microbes saprophytes devenus

1. Ce travail a été couronné par l'Académie de médecine (prix Alvarenga). Voir *L'Odontologie*, nos des 28 février, 15, 30 mars et 15 avril.

virulents, tels que le staphylocoque, le coli-bacille, le tétragène, etc., lorsqu'ils ont produit de l'infection buccale, telle que des angines diphtériques, angines de Ludwig, amygdalytes phlegmoneuses, abcès, etc., restent pendant un certain temps dans la cavité buccale en y conservant leur virulence et sont alors dangereux, pour les autres, au point de vue de la contagion possible, dangereux pour le sujet lui-même, comme pouvant amener une récidive de l'affection qui vient de rétrocéder ; les cas d'érysipèles à répétition ne sont souvent dus qu'à cette persistance de la virulence du streptocoque dans la bouche, pour ne citer que cet exemple. De plus, ces nombreux agents pathogènes, arrêtés dans leurs pérégrinations par le cercle amygdalo-pharyngien et par la phagocytose énergique qui s'y manifeste sous forme d'une violente inflammation, peuvent aussi forcer la barrière et envahir l'organisme sous formes d'infections bronchopulmonaires, pneumonies, bronchites, bronchopneumonies, d'affections gastro-intestinales, etc., ainsi que l'a démontré le professeur Bouchard.

Il y a donc un intérêt de premier ordre à détruire par l'antisepsie buccale ces agents redoutables et, en un mot, à pratiquer un véritable traitement prophylactique de toutes ces affections. Il ne faut pas oublier, non plus, que les différentes affections des gencives et des dents sont dues à des microbes dont la virulence est favorisée par les fermentations qui ont lieu dans la bouche et que ce traitement prophylactique peut empêcher la carie dentaire, la formation du tartre dentaire, le déchaussement des dents, etc. De nombreux antiseptiques ont été essayés dans ce but, mais aucun ne peut présenter les avantages de l'eau oxygénée, qui joint à ses propriétés éminemment bactéricides les avantages de son innocuité. Comme nous le disons dans un chapitre précédent, il faut, pour tuer rapidement les nombreux agents microbiens de la bouche, une quantité d'eau oxygénée excessivement faible, puisque V gouttes d'eau oxygénée à 12 volumes suffisent non seulement pour empêcher la culture de ces microbes dans le bouillon

peptonisé, mais encore pour tuer ces germes en culture dans ce même bouillon. On pourra donc employer, sous forme de gargarisme, l'eau oxygénée réduite à 2 volumes, 3 au plus, en la diluant de 4 à 6 fois d'eau bouillie, soit en mettant, par exemple, une cuillerée à bouche d'eau oxygénée dans un verre d'eau bouillie tiédie ; on se gargarisera la bouche et la gorge tous les matins en se levant, le soir en se couchant et après chaque repas.

Le taux de la solution que nous venons d'indiquer est un peu élevé dans les cas nombreux où la muqueuse buccale est saine, mais devra être employé chez les sujets atteints de gingivite tartrique, de carie dentaire, de déchaussement des dents, de gencives saignantes, etc., etc., chez les prédisposés aux angines et aux amygdalites, chez les sujets syphilitiques soumis au traitement mercuriel. Il va sans dire que chez les sujets dont la bouche est en bon état il suffira, pour pratiquer cette prophylaxie, de mettre simplement une cuillerée à café d'eau oxygénée à 12 volumes dans un verre d'eau bouillie et de conserver le gargarisme quelques instants pour faciliter son action plus prolongée et plus puissante sur les muqueuses et sur les micro-organismes, hôtes habituels de la bouche.

Ce traitement purement hygiénique a le grand avantage de pouvoir être pratiqué par les enfants qui peuvent avaler impunément du gargarisme, ce qui est loin de pouvoir se faire avec les autres antiseptiques ordinairement employés. En ce qui concerne les affections de la cavité buccale, il n'en est pas une qui ne puisse bénéficier du traitement par l'eau oxygénée. D'ailleurs, de nombreuses observations ont été publiées montrant les avantages du traitement par le peroxyde d'hydrogène. Nous avons traité de nombreux cas d'affections buccales par cet agent et les effets en ont été rapides ; ainsi, dans les gingivites simples, les gingivites tartriques, après avoir pratiqué le nettoyage rigoureux pour débarrasser les dents du tartre qui les revêt, de simples irrigations d'eau oxygénée à 12 volumes suffisent pour remettre la gencive à l'état normal, empêcher la rapide

reproduction du tartre et le déchaussement progressif des dents, si le sujet a soin de suivre les prescriptions que nous avons données dans la prophylaxie. Dans les fluxions dentaires l'action de l'eau oxygénée est à la fois abortive et curative. Pour obtenir ces résultats, il suffit, dès le premier jour de la fluxion de faire des applications *loco dolenti* d'eau oxygénée à 12 volumes et de faire gargariser toutes les heures le malade avec de l'eau oxygénée à 6 volumes, employée à parties égales avec de l'eau préalablement bouillie et chaude. Par ce traitement, la fluxion rétrocède rapidement ; mais si elle est compliquée d'abcès, pour obtenir sa guérison presque instantanée, on ouvre l'abcès formé et l'on pratique dans la cavité une injection oxygénée chaude à 12 volumes. Il arrive souvent que la fluxion abcédée s'est compliquée d'une fistule dentaire ; le cas est alors plus complexe, car ces fistules sont la complication des dents infectées, dites dents mortes. Les fistules dentaires, complication ordinaire du 4e degré de la carie dentaire, ont été traitées avec succès par des injections d'eau oxygénée à 12 volumes, sans que cette concentration du produit ait provoqué d'accidents consécutifs ; bien au contraire, la guérison de la fistule a toujours suivi le traitement, qui n'a jamais duré plus de 2 ou 3 séances, surtout lorsque l'injection de l'orifice du canal dentaire pouvait s'écouler par le conduit de la fistule. Voici le procédé que nous employons : après avoir débarrassé le canal ou les canaux des produits septiques qu'ils peuvent contenir, à l'aide d'une broche mise en mouvement par le tour dentaire, nous introduisons dans le canal une mèche de coton hydrophile trempée dans l'eau oxygénée à 12 volumes ; cette mèche est portée dans le canal par un petit équarrissoire *ad hoc,* elle est renouvelée jusqu'à ce que la dernière sorte du conduit sans souillure. Cette opération doit précéder l'injection, afin que le liquide ne puisse véhiculer dans la cavité alvéolaire des produits septiques qui pourraient, par la suite, amener des complications inflammatoires. L'injection devra être faite avec une grosse seringue contenant de 10 à 15 centimètres cubes de liquide.

La pression étant plus grande que celle obtenue avec la seringue ordinaire de Pravaz, l'irrigation sera plus complète et le succès d'autant plus certain.

Si la communication gingivo-dentaire ne peut être faite, on procèdera à la désinfection des canaux par les moyens indiqués plus haut et l'on irriguera le trajet fistuleux par l'ouverture gingivale. Ce procédé nous a donné de très bons résultats pour le traitement particulier de ces fistules.

L'eau oxygénée constitue également un mode de traitement très efficace contre les accidents consécutifs à l'éruption de la dent de sagesse. Ces accidents, toujours dus à la pénétration des micro-organismes dans la muqueuse qui recouvre cette dent, peuvent prendre des proportions assez graves comme on sait, amenant des abcès dont l'ouverture peut se faire à l'extérieur, créant des fistules intarissables. Ils peuvent envahir les maxillaires et produire de grands désordres de purulence dans tout le voisinage de cette dent. Quel que soit le degré de ces accidents, le traitement par le peroxyde d'hydrogène amènera toujours la cessation rapide de ces phénomènes. Au début, on pratiquera des injections sous le capuchon muqueux ; si l'abcès est formé, les injections faites plus profondément peuvent encore et pourront encore faire rétrocéder l'infection et amener la conservation de la dent ; si les désordres sont déjà plus avancés, après avoir procédé à l'avulsion de la dent incriminée, les lavages et les irrigations profondes et réitérées empêcheront des complications plus sérieuses de survenir et les accidents seront vite amendés. Ainsi, toutes les affections qui sont produites par le mauvais état des dents, ulcérations d'origine dentaire, gingivite ulcéreuse, peuvent être traitées par le peroxyde d'hydrogène ; mais il est une affection qui a été l'objet de nombreux traitements sans en tirer grand avantage et qui fait encore le désespoir de tous les stomatologistes : nous voulons parler de la pyorrhée alvéolo-dentaire, que nous tenons tout particulièrement à signaler. Dans une revue générale sur cette maladie, si bien décrite par Fauchard, nous avons énuméré tous ses traitements et nous avons

particulièrement insisté sur le traitement par l'eau oxygénée. Voici ce que nous disions sur ce sujet et nous n'avons aujourd'hui rien à y ajouter :

« Tous les traitements que nous venons de passer en revue ont été expérimentés par Dubois sans résultats satisfaisants. Nous ne retiendrons des deux auteurs américains Atkinson et Harlan qu'un seul agent employé par eux et par Dubois, l'eau oxygénée. Voici ce qu'en dit ce dernier auteur :

« L'eau oxygénée est un des meilleurs médicaments à » employer contre cette affection (la maladie de Fauchard), » fût-elle légèrement acide ; à son contact, le tartre se » dissout, le microbe meurt, les tissus subissent une exci- » tation réparatrice ; nous ne saurions trop en recomman- » der l'emploi par le dentiste lui-même, car, entre les mains » du patient, elle pourrait, par l'usage prolongé, amener » une décalcification partielle. » Comme Harlan, Dubois a administré l'eau oxygénée à l'aide d'une seringue dentaire munie d'une canule-aiguille glissée entre la dent et la gencive.

» Nous sommes absolument de l'avis de notre confrère Dubois sur la valeur de l'eau oxygénée, qui nous a donné des résultats merveilleux dans cette affection comme antiseptique surtout, aussi bien dans les formes sèches que dans les formes suppurées, mais à une condition, c'est qu'on applique en même temps un traitement général agissant à la fois sur la diathèse arthritique et goutteuse du malade en empêchant la formation du tartre et surtout la reproduction de ce tartre qui contribue à étendre la lésion en profondeur. Depuis plusieurs années déjà nous avons expérimenté la valeur thérapeutique et antiseptique de l'eau oxygénée et nous sommes arrivé à ne plus employer que cet agent qui pour nous est de beaucoup supérieur à tous les autres. L'objection que fait notre confrère Dubois est un peu exagérée, car l'eau oxygénée, même à 12 volumes, ne peut agir que bien faiblement sur la dent au point de vue de la décalcification, et encore faudrait-il que la dent séjournât pendant

longtemps dans un bain d'eau oxygénée comme nos expériences nous l'ont montré, et ce n'est guère qu'au bout d'une dizaine de jours que cette substance peut attaquer l'émail quand la dent y a été laissée.

» Voici donc comment nous procédons dans le traitement de la maladie de Fauchard. Nous commençons par un nettoyage complet et rigoureux des dents, comme d'ailleurs la plupart des praticiens le préconisent. Après avoir enlevé avec les instruments *ad hoc* préalablement stérilisés les couches de tartre les plus épaisses, et particulièrement le cercle semi-lunaire en coup d'ongle qui suit le déchaussement progressif de la dent, nous irriguons la gencive jusqu'à propreté complète, et après avoir vidé totalement les foyers alvéolaires, s'il y a suppuration, nous employons comme révulsif et tonique de la gencive le badigeonnage à la teinture d'iode. Tel est le *modus faciendi* dans les cas simples ou lorsque l'affection est prise au début. Dans les cas plus avancés ou lorsqu'il y a périostite alvéolo-dentaire avec suppuration profonde, nous ne craignons pas, à l'aide d'une seringue munie d'une aiguille de platine iridié préalablement rougie, de faire pénétrer vigoureusement l'aiguille entre la gencive et le périoste, en procédant très lentement pour favoriser le contact du liquide avec les parties atteintes.

» Lorsqu'il y a ostéo-périostite, nous commençons par le même procédé, auquel nous ajoutons une injection intragingivale qui amène une révulsion favorable à l'élimination des agents septiques et oppose un obstacle à leur rapprochement, en entraînant en quelque sorte la régénération des tissus gingivaux par oxydation du territoire enflammé. Ce traitement occasionne une douleur légère et momentanée et n'a rien de la cruauté du traitement chirurgical préconisé par certains. Nos expériences nous ont même démontré que, si une dent malade est isolée des autres avec ce traitement, nous n'avons pas besoin d'avoir recours à l'adjonction de moyens contentifs destinés à la maintenir à l'aide de ses voisines. Dès le lendemain du traitement, on

voit déjà le tissu gingival débarrassé de l'enduit limoneux qui le recouvrait, perdre son caractère atone, violacé, prendre un aspect plus vivace, s'accoler à la paroi intérieure de la dent, qui devient plus solide, et empêcher au bout de quelques jours (de trois jours à trois semaines suivant les formes), la suppuration étant tarie, le tartre de venir s'interposer entre la dent et la gencive. Enfin, on voit la dent elle-même s'acheminer vers la consolidation. Mais ce traitement seul ne peut suffire à arrêter dans l'avenir la reproduction du tartre spécial à la diathèse du sujet. Il faut donc y joindre, même pendant le traitement local, un traitement général de la maladie et de la diathèse. Pour nous, la substance médicamenteuse la plus utile, et peut-être la seule qui empêche la formation du tartre et modifie la lithiase buccale, n'est autre que le carbonate de lithine dont l'action dissolvante de l'acide urique et des urates est bien connue. (Bouchard, Garrodt, Bardet.)

» On administre du carbonate de lithine à la dose de 50 centigrammes dans un verre d'eau de seltz par vingt-quatre heures, et nos malades, après l'amélioration produite par ce traitement combiné sont justiciables du traitement prophylactique.

» Il ne faut pas oublier, en effet, qu'un des points les plus importants de la thérapeutique, c'est le traitement prophylactique de la maladie de Fauchard, qui évite les brosses trop dures et l'abus des dentifrices irritants. Il faudra corriger aussi les vices de position des dents et ne pas craindre de faire extraire préventivement certaines dents. On a proposé d'extraire les 4 dents de sagesse cariées quand les autres sont trop serrées. Contre l'infection microbienne on aura soin de faire nettoyer les dents du patient pour empêcher l'accumulation du tartre, à l'aide d'une brosse, le matin et le soir ; si, malgré ces lavages, le tartre continue à se former, le dentiste devra opérer un nettoyage complet et procéder à l'enlèvement de ce dépôt dès l'enfance, pour conserver sa dentition en bon état et éviter les causes qui prédisposent à la maladie de Fauchard. »

Nous avons omis de parler des accidents si fréquents qu'on rencontre chez les cachectiques, les albuminuriques et tout particulièrement chez les diabétiques, accidents assez semblables à la pyorrhée alvéolo-dentaire. Nous avons eu fréquemment l'occasion de soigner ces accidents à l'eau oxygénée et nous en avons toujours obtenu les meilleurs résultats.

Il nous reste maintenant à dire quelques mots des différentes affections buccales telles que les stomatites aphteuses, ulcéro-membraneuses, les angines, les amygdalites, qui sont toutes, comme on sait, des affections bactériennes. Le peroxyde d'hydrogène constitue un des meilleurs agents à leur opposer et a donné, entre les mains de plusieurs praticiens, d'excellents résultats, même dans l'angine dyphtérique, ainsi qu'on en trouve des observations dans les travaux de Baldy et de Larrivé. Nous insistons sur le muguet, dont le champignon, l'oïdium albicans, est rapidement tué par l'eau oxygénée à très faible dose. Le traitement du muguet débarrasse les muqueuses buccales qui en sont complètement recouvertes dans l'espace de vingt-quatre heures ; les nombreuses observations de Bouchut, Damaschino, Rendu, Baldy, etc., celles que nous avons pu faire montrent que l'eau oxygénée devrait être le seul traitement pratiqué contre le muguet. Dans le noma c'est le meilleur agent que nous possédions. L'eau oxygénée a produit de bons effets dans le traitement des grenouillettes, de l'angine de Ludwig, dans celui des accidents syphilitiques si fréquents sur la muqueuse buccale. On ne négligera pas de s'en servir pour toutes les opérations chirurgicales qui se pratiquent dans la bouche, ablation de tumeur des maxillaires, de la langue, des lèvres et on se trouvera toujours très bien de son emploi, comme cela a, d'ailleurs, été consigné dans différents travaux.

Conclusions. — L'eau oxygénée, peroxyde d'hydrogène, bioxyde d'hydrogène, est un produit qu'il est facile de se procurer aujourd'hui, chimiquement pur et à un prix relativement modéré.

C'est un des meilleurs agents bactéricides connus et qui joint à ses propriétés antiseptiques celles d'être un hémostatique puissant, d'une innocuité absolue. Malgré les nombreux travaux qui ont été publiés sur l'eau oxygénée, sa vulgarisation ne s'est point effectuée, surtout en France.

Cet agent mérite cependant de prendre une grande place dans l'arsenal thérapeutique, son emploi pour l'usage interne est encore à étudier et nous sommes convaincu qu'il pourra rendre de grands services dans de nombreuses affections.

Bien qu'il ait fait ses preuves en chirurgie générale et ait donné d'excellents résultats entre les mains de ceux qui l'ont expérimenté, son usage n'est guère répandu qu'à l'étranger. En oculistique, en otologie et en rhinologie, il commence à faire ses preuves et bientôt tous les spécialistes ne voudront pas employer d'autres agents antiseptiques.

En stomatologie et en art dentaire l'eau oxygénée est à peu près inconnue en France ; les Américains en font une grande consommation. Elle a fourni, entre nos mains, des résultats inattendus dans les affections bucco-dentaires.

Puisse ce modeste travail réhabiliter l'eau oxygénée, pour en faire connaître la grande valeur et lui faire prendre, dans la thérapeutique, la place qu'elle devrait depuis longtemps y occuper.

BIBLIOGRAPHIE

Thénard, 1818.
Laugier. Ac. des S., 1862.
Foucras. Th. de Paris, 1866.
Angus Smith, 1869.
G. T. Kingzett. Com. to the Brit. an. Meet., 1876.
Day. Brit. Med. J., 1877.
Doreau. Th. de Doc., 1881.
De Sinety. An. de Gyn., 1882.
Nicaise. Gaz. des hôp., 1882.
Paul Bert et Regnard. Ac. des S., 1882. Soc. de B., 1885.
Péan et Baldy. Journ. de Thér., 1882.
Péan. Chez Delahaye, Paris, 1883.

Larrivé. Th. de Doc., 1883.
Nocard et Mollereau. Ac. de M., 1883.
Ebell. Soc. de Biol., 1883.
Barbolain. Th. de Doc., 1884.
Miquel. An. de l'Ob. de Montsouris, 1884.
Prien. Arb. der. viss. hyp. Gesellschaft, 1885.
Betmann. Chicago Med. J., 1885.
Laborde et Quinqueaud. Soc. de Biol., 1885.
Riche. Nouv. Revue, 1886.
Richardson. Nouv. Revue, 1887.
Paul Dubois. Aid. mém. du Ch. dent., 1889.
Altehofer. Cent. for. Bact., 1890.
Pane. An. de l'isti. d'h. sperim. dell'Un. di Roma, 1890.
Chamberland et Fernbach. An. Inst. Pasteur, 1893.
Storer. An. Britan. de Laryng., 1896.
G. Gellé. Arch. int. de Lar. et Rhin., 1896.
Vacher. Cong. fr. d'Ophtalm., 1897.



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

Entretiens cliniques sur la dentisterie opératoire.

Sous ce titre M. le Dr A. Duchâteau-Frentz, diplômé de l'Ecole dentaire de Paris, chef de service à l'Institut chirurgical de Bruxelles, commence dans les *Annales de l'Institut chirurgical de Bruxelles* un résumé des connaissances théoriques nécessaires pour la dentisterie opératoire, qu'il se propose de continuer dans plusieurs numéros. Dans cet aperçu, très condensé, mais présenté d'une façon claire et intéressante, l'auteur montre qu'il a conservé le meilleur souvenir de l'Ecole dentaire de Paris, de l'enseignement qu'il y a reçu et de ses professeurs.

Il s'exprime ainsi :

« L'*École dentaire de Paris* est actuellement la première du continent. Indépendamment de la grande facilité qu'on a pour y travailler constamment, grâce au grand nombre de patients qui viennent tous les jours à la consultation, il faut aussi reconnaître que l'enseignement y est donné d'excellente façon.

« Tous les cours qui concernent les sciences médicales sont faits par des docteurs en médecine. La dentisterie opératoire y est enseignée d'une façon tout à fait supérieure par des chirurgiens-dentistes intelligents, qui s'inspirent dans leurs travaux et démonstrations non pas de la vieille routine de ce qu'on appelle les « vieux dentistes », mais bien de tous les progrès que la science et la médecine ont faits jusqu'à nos jours.

« J'aurais à en dire autant de l'enseignement théorique et clinique de la prothèse ; seulement je ne veux pas m'arrêter davantage.

« Qu'il me soit permis en passant d'envoyer un souvenir de reconnaissante et cordiale sympathie à mes anciens maîtres de l'École dentaire, en particulier à son zélé directeur M. Godon, aux professeurs M. le Dr Sauvez, M. Martinier et à mon excellent ami le professeur Richard-Chauvin. »

Nous remercions bien vivement M. le Dr Duchâteau de son appréciation flatteuse et du souvenir qu'il a gardé de notre institution.

L'Ecole dentaire de Paris et la Revue des associations professionnelles.

M. Barberet, chef du bureau des Syndicats professionnels au Ministère de l'Intérieur, consacre dans la *Revue des associations professionnelles* un bienveillant article à l'organisation de l'Ecole dentaire de Paris et à son fonctionnement. Nous sommes très heureux de cette appréciation, qui a pour nous d'autant plus de prix qu'elle émane d'une personnalité aussi marquante, depuis longtemps au courant des efforts faits par notre groupement.

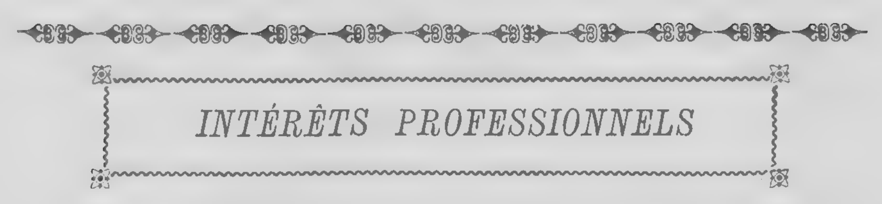
Trabajos de puente o coronas continuas.

M. A. Villar, de Valladolid, qui a chargé récemment M. Martinier de présenter à la Société d'Odontologie de Paris un nouveau procédé qu'il a imaginé pour la confection des couronnes continues, vient de publier un traité de prothèse dentaire intitulé *Trabajos de puente o coronas continuas* (Travaux à pont ou couronnes continues), dont il a bien voulu nous envoyer un exemplaire, offert à la bibliothèque de l'École dentaire de Paris.

Ce traité, qui ne comprend pas moins de 150 pages (Saturnino Perez, imprimeur, Valladolid, prix 5 francs), est divisé en 9 chapitres précédés d'une préface. Dans ces chapitres, qui sont eux-mêmes subdivisés en nombreuses sections, l'auteur, après avoir présenté les moules dont il se sert, expose longuement sa méthode de confection des travaux à pont ou de couronnes continues, fait connaître les moyens de les appliquer sur des pièces de vulcanite, sur des pièces de métal, examine des cas particuliers auxquels ce système peut s'appliquer et conclut en signalant les avantages spéciaux qu'il présente. Incidemment il passe en revue divers procédés marquants dus à des dentistes étrangers, notamment des Américains (Evans, Matteson, Brown, Richmond, etc.).

Afin de mieux faire comprendre son invention, M. Villar a intercalé dans son texte de nombreuses figures, qui ajoutent à la clarté de l'exposé.

Le livre de M. Villar rendra de grands services au prothésiste préoccupé des nouveautés susceptibles d'apporter des perfectionnements aux procédés actuellement connus et appliqués.



L'ÉVOLUTION DE L'ART DENTAIRE EN FRANCE [1]

Conférence faite à Bruxelles le 25 février 1899.

Par M. le Dr Maurice Roy,
Dentiste des Hôpitaux,
Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

(Suite)

Depuis longtemps déjà il était question de réglementer l'art dentaire, surtout à l'instigation des médecins-dentistes qui voyaient avec jalousie la concurrence heureuse que leur faisaient des confrères dépourvus de diplôme, et sur la demande également de certains dentistes non médecins, qui demandaient la création d'un diplôme spécial de dentiste. D'autres, au contraire, et c'était le cas des fondateurs de l'Ecole dentaire de Paris, réclamaient le maintien de la liberté professionnelle comme étant le régime le plus propre à favoriser le développement complet de l'art dentaire. Le gouvernement, sollicité d'intervenir, s'adressa aux différents corps constitués pour avoir leur avis.

Le Recteur de l'Académie de Paris avait proposé l'obligation de l'officiat de santé et un stage de trois ans chez un dentiste ou dans une école d'odontologie.

La Faculté de médecine de Paris, consultée sur ce projet, nomma une commission qui ne l'accepta pas et proposa la création d'un diplôme spécial obtenu après trois examens subis à la suite de quatre ans d'études ainsi réparties : deux années d'études dans une école de médecine et, à l'expiration de ces deux années, un stage de deux ans chez un dentiste ou dans une école d'odontologie.

Le Comité consultatif d'hygiène publique de France, consulté, résumait ses conclusions en ces termes :

I. L'exercice de la profession de dentiste doit être interdit à toute personne non pourvue du diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé.

II. Afin de respecter les situations acquises, le droit d'exercer la profession de dentiste pourra être maintenu à tout dentiste âgé de plus de trente-cinq ans et justifiant, par la production de sa patente, de cinq années d'exercice au moment de la promulgation de la loi.

---

1. V. nº du 15 avril.

III. Toutefois, la tolérance inscrite dans l'article précédent ne donnera dans aucun cas à ces dentistes le droit de pratiquer l'anesthésie, droit exclusivement réservé aux personnes qui ont satisfait aux obligations de la loi du 19 ventôse an XI [1].

Ici, vous le voyez, c'était l'assimilation complète du dentiste et du médecin. Il était même, je crois, difficile d'aller plus loin dans la violation des droits acquis en ce qui concerne les dispositions transitoires prévues par les divers projets.

Dans l'intervalle, en 1884, un projet émanant de l'initiative parlementaire fut déposé à la Chambre des députés par un de ses membres, le Dr Chevandier, projet ayant pour but la réforme de la loi sur la médecine et qui visait les dentistes en prévoyant l'obligation d'un diplôme pour ceux-ci, deux ans après l'ouverture d'un enseignement odontologique dans les Écoles de médecine. Le projet fut renvoyé à une commission spéciale avec le projet du Gouvernement conforme aux conclusions du Comité d'hygiène.

Le dépôt à la Chambre des députés d'un projet tout prêt et son renvoi à une commission spéciale rendaient possible à échéance assez rapprochée la solution de la question de la réglementation ; les dentistes s'agitèrent et furent entendus par la Commission de la Chambre, qui avait déjà apporté une modification importante à la loi en ce qui concernait les dentistes.

L'article 4 du projet disait en effet :

Nul ne peut exercer l'art dentaire, prendre le titre de médecin ou de chirurgien dentiste, s'il n'en a acquis le droit soit en vertu des articles 1 et 2 de la présente loi, soit en vertu d'un diplôme spécial.

La Commission avait modifié ce texte ainsi :

Nul ne peut prendre le titre de médecin ou chirurgien-dentiste s'il n'en a acquis le droit, etc...

Ce simple changement de mot rendait libre l'exercice de l'art dentaire, n'empêchant que l'usurpation de titre et supprimant le délit d'exercice illégal.

Les divers groupements furent entendus par la Commission. Les représentants de l'école fondée par la Chambre syndicale odontologique réclamèrent l'intervention d'une loi qui interdît l'exercice de l'art dentaire à quiconque ne serait pas muni soit d'un diplôme spécial décerné par un jury d'État, soit du diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé [2].

Les médecins réclamèrent également l'obligation d'un diplôme

1. *L'avenir de l'art dentaire en France (Etude critique du projet de loi de 1886)*, par E. Lecaudey, Paris, 1888, p. 11.

2. P. Dubois, *Lois sur l'exercice de la médecine devant la Chambre des députés*. Paris, 1890, p, 15.

spécial, à défaut de l'assimilation complète de l'art dentaire et de la médecine, solution de leur choix.

Enfin, les délégués de l'École dentaire de Paris, notre dévoué directeur M. Godon et mon si regretté collègue et ami P. Dubois, furent entendus par la Commission qui, dans son rapport, résume ainsi leur déposition :

Pour l'école de la rue Richer ce relèvement est chose faite et si bien faite qu'elle repousse toute réglementation et demande le maintien du *statu quo*, la liberté.

Exiger, suivant le projet du Gouvernement, les diplômes d'officier de santé ou de docteur serait porter un coup mortel au recrutement des dentistes, dont le nombre est, en France, de 1.800 environ, tandis qu'on en compte 5.800 en Angleterre et 14.000 aux Etats-Unis.

De 1867 à 1876, période pendant laquelle ce système a été expérimenté en Hollande, deux médecins seulement ont pris le diplôme de dentiste.

Si, par impossible, le recrutement parmi les médecins était facile, ce serait diminuer d'autant le nombre de ces derniers et augmenter la pénurie du personnel médical signalée par les rapporteurs du projet ministériel.

Les représentants de cette école font observer en outre que les Facultés et les écoles de médecine auront grand'peine à ouvrir des cours d'art dentaire dans de bonnes conditions. Un professeur unique ne pourrait suffire ; le temps lui manquerait : l'Etat s'engagerait dans des dépenses très considérables [1].

Finalement, ayant ainsi entendu les partisans des divers systèmes en présence, la Commission adopta les idées défendues par les deux délégués de l'Ecole dentaire de Paris et ajourna toute réglementation relative aux dentistes.

Cette décision, jointe aux lenteurs parlementaires, écarta pour un temps le danger de la réglementation ; le projet ne put venir en discussion avant la fin de la législature. Une nouvelle Chambre des députés fut nommée, une nouvelle loi sur la médecine réglementant l'art dentaire fut proposée et, à la fin de 1889, une nouvelle Commission fut nommée.

Cette nouvelle Commission fut moins libérale que l'ancienne. Parmi ses membres figurait du reste un ennemi des dentistes et particulièrement de l'Ecole dentaire de Paris, le Dr David, député, ancien directeur de cette Ecole, qui voulait profiter de sa situation particulière pour satisfaire ses rancunes personnelles. Contrairement à ce qu'avait fait l'ancienne Commission, elle refusa d'entendre les représentants des deux écoles et déposa un rapport qui fut discuté et adopté rapidement par la Chambre des députés les 17 et 19 mars 1891.

Le texte de la loi concérnant les dentistes n'était pas notablement différent de celui plus tard adopté par le Sénat et dont je m'occuperai dans un instant.

Ce vote de la Chambre, comme on le pense, produisit une vive

1. P. Dubois, *Loc. cit.*, p. 14.

émotion parmi les dentistes ; les réglementateurs eux-mêmes n'étaient pas satisfaits du projet adopté, auquel ils reprochaient notamment de ne pas assez tenir compte des situations acquises. Quant aux partisans de la liberté, leurs sentiments n'étaient pas modifiés, comme on le pense, par ce premier vote en violation flagrante sur tous les points avec leurs principes.

A la suite de l'adoption de ce projet à la Chambre, de très vives discussions se produisirent parmi les membres de la Société de l'Ecole dentaire de Paris au sujet de l'attitude à prendre auprès du Sénat devant lequel la loi allait être portée. Les réglementateurs voulaient se contenter de demander de légères modifications à la loi ; les libertaires, au contraire, prenant texte du projet adopté pour montrer qu'un projet de réglementation par l'Etat léserait forcément les intérêts bien compris de la profession, disaient que, par conséquent, l'union pour le maintien du *statu quo* était toujours la meilleure solution, puisque cette union avait permis de faire repousser un premier projet de réglementation en 1885.

Des discussions passionnées s'engagèrent à ce sujet et une scission se produisit dans la Société entre les libertaires et les réglementateurs, ceux-ci ayant obtenu la majorité dans l'assemblée.

Les libertaires formèrent une ligue qui organisa un vaste pétitionnement sur la question de la réglementation et chaque parti chercha à agir auprès de la commission sénatoriale, mais celle-ci écarta les diverses demandes et, les 17 et 18 mars 1892, adopta, à quelques détails près, le texte voté par la Chambre des députés ; enfin, la loi revenue du Sénat était définitivement votée à la Chambre et promulguée le 30 novembre 1892.

C'est cette loi qui régit aujourd'hui l'art dentaire en France, avec plusieurs décrets d'administration publique complétant son application.

Voici les articles les plus intéressants de cette loi :

TITRE II

CONDITIONS DE L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE DENTISTE

Article 2. — Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste. Le diplôme de chirurgien-dentiste sera délivré par le Gouvernement français à la suite d'études organisées suivant un réglement rendu après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique et d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur de l'État.

TITRE VI

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 30. — Un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles : 1° Un officier de santé

pourra obtenir le grade de docteur en médecine; 2° Un dentiste qui bénéficie des dispositions transitoires ci-après pourra obtenir le diplôme de chirurgien dentiste.

Article 32. — Le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892.

Les dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent n'auront le droit de pratiquer l'anesthésie qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé.

Les dentistes qui contreviendront aux dispositions du paragraphe précédent tomberont sous le coup des peines portées au deuxième paragraphe de l'article 19.

La loi votée, il n'y avait plus qu'à s'incliner, quelque opinion que l'on eût désiré voir prévaloir auparavant. Aussi les divisions intestines que cette question avait suscitées dans la Société de l'Ecole ne tardèrent pas à s'apaiser et l'union se refit pour l'organisation de l'Ecole et de l'enseignement en conformité avec la nouvelle loi.

Une question vitale se posait alors : quelle allait être la situation des dentistes à venir et celle des écoles dentaires ? La loi en effet indiquait uniquement l'obligation, à défaut d'un titre médical, d'un diplôme spécial, mais quant à la nature de celui-ci, elle se contentait de dire qu'il « serait délivré par le gouvernement à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat et suivant un réglement d'études délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique. »

Quels seraient ces examens, quelles seraient ces études ? Voilà ce qu'il importait de savoir ?

Le 25 juillet 1893, un décret parut qui déterminait les conditions d'examen et de durée d'études de la façon suivante :

Article 1er. — Les études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste ont une durée de trois ans.

Article 2. — Les aspirants doivent produire, pour prendre leur première inscription, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures.

Article 3. — Ils subissent après la douzième inscription trois examens sur les matières suivantes :

1er *examen.*

Eléments d'anatomie et de physiologie ;
Anatomie et physiologie spéciales de la bouche.

2e *examen.*

Eléments de pathologie et de thérapeutique ;
Pathologie spéciale de la bouche ;
Médicaments anesthésiques.

3e *examen.*

Clinique ; affections dentaires et maladies qui y sont liées. — Opérations ;
Exécution d'une pièce de prothèse dentaire.

Article 4. — Les examens sont subis au siège des Facultés et des écoles de médecine où l'enseignement dentaire est organisé, devant un jury de trois membres.

Peuvent faire partie du jury des chirurgiens-dentistes, et, par mesure transitoire, des dentistes désignés par le ministre de l'Instruction publique.

Le jury est présidé par un professeur de Faculté de médecine.

Article 5. — Les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892 peuvent postuler le diplôme de chirurgien-dentiste à la seule condition de subir les examens prévus par l'article 3 du présent décret.

Les dentistes de nationalité française, inscrits à ce rôle antérieurement au 1er janvier 1889, sont dispensés en outre du premier examen.

Les dentistes pourvus antérieurement au 1er novembre 1893 d'un diplôme délivré par l'une des Ecoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du présent décret peuvent postuler le diplôme de chirurgien-dentiste à la seule condition de subir le deuxième examen.

Article 6. — Les dentistes reçus à l'étranger et qui voudront exercer en France seront tenus de subir les examens prévus au présent décret.

Ils pourront obtenir dispense partielle ou totale de la scolarité, après avis du comité consultatif de l'enseignement public.

Article 7. — Un règlement spécial, rendu après avis de la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique, organisera l'enseignement dans celles des Facultés et Ecoles de médecine où il pourra être établi.

Ce décret, comme vous le voyez, consacrait d'une façon manifeste les études faites antérieurement dans les Ecoles dentaires en dispensant les diplômés de celles-ci de la presque totalité des épreuves prescrites; il édictait également une disposition favorable au sujet de la possibilité pour les anciens dentistes d'obtenir le nouveau diplôme.

D'autre part, il fixait la durée des études, se réservant d'organiser ultérieurement l'enseignement dans les Ecoles de médecine, il fixait le nombre des examens et les matières sur lesquelles ils devaient porter.

Sur ces deux points il était difficile d'adresser aux auteurs du décret les mêmes félicitations que pour les dispositions transitoires.

Vous avez certainement tous été frappés de la proportion considérable donnée par le décret aux épreuves théoriques relativement aux épreuves cliniques; elle dénotait évidemment chez leurs auteurs une méconnaissance absolue de ces questions de technique si importantes dans notre art et qui y tiennent presque la première place. En outre, après avoir couvert de fleurs les Ecoles dentaires dans les rapports des Chambres et leur avoir rendu pleine justice dans le passé en consacrant la valeur de leur diplôme, on se préparait à les étrangler dans l'avenir.

Ainsi, ce décret, qui complétait la loi, achevait de justifier les craintes qu'avaient manifestées les libertaires lors de la discussion de celle-ci.

Sans doute, l'organisation résultant de ce nouvel état de choses présentait quelques avantages par suite de l'obligation pour les futurs dentistes de la possession d'une certaine culture générale qui leur

faisait quelquefois défaut et d'un minimum de connaissances théoriques et pratiques ; mais que d'inconvénients à côté de ces faibles avantages !

Du coup, la direction et le contrôle des études techniques échappaient aux dentistes pour passer aux mains de gens absolument incompétents, la teneur du décret en fait foi, et ce changement de direction se traduit immédiatement par cette prédominance inouïe des épreuves théoriques sur les épreuves pratiques.

Nous savons tous qu'il est impossible, même en une heure d'examen pour un seul candidat, de contrôler son instruction technique ; ce contrôle exige des épreuves multipliées, au point qu'à l'Ecole dentaire de Paris, ces épreuves durent deux mois, et cela à la fin de chaque année scolaire, en sorte que nos élèves ont subi six mois d'examens pratiques à la fin de leurs études.

Si ce décret avait reçu sa complète application par l'organisation d'un enseignement dentaire dans les Ecoles de médecine, organisation qui se bornait à la création d'un cours d'odontologie, c'en était fait encore une fois de l'art dentaire français.

Les défenseurs des Ecoles dentaires libres de Paris virent le danger et ils agirent sans retard pour le conjurer.

(A suivre).

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900

Ainsi que nous l'annoncions en dernière heure dans le numéro du 15 avril, la Commission d'organisation nommée le 18 mars par M. A. Picard, commissaire général de l'Exposition universelle de 1900, s'est réunie le mercredi 12 avril, sous la présidence de M. le Professeur Gariel, délégué principal du Gouvernement pour les Congrès de 1900.

Dans cette séance la Commission a constitué son bureau de la façon suivante :

Président d'honneur : M. le Dr Em. Lecaudey.

	MM.		MM.
Président :	Godon.	*Trésorier* :	Viau.
Vice-Présidents :	Dr Martin.	*Trésorier-adjoint* :	Rodolphe.
	Dr Queudot.	*Secrétaires* :	Burt.
	Damain.		Hivert.
	Ducournau.		D'Argent.
	Schwartz.		Martinier.
	Ronnet.		Dr Maire.
Secrétaire général :	Dr Sauvez.		Siffre.

Après la proclamation par M. le Professeur Gariel des résultats du scrutin, M. Godon, en prenant possession du fauteuil présidentiel, a prononcé l'allocution suivante :

Mes chers collègues,

Je vous remercie de l'honneur que vous venez de me faire en m'appelant à la présidence du Comité d'organisation du Congrès dentaire international de 1900.

Je vous remercie également pour mes collaborateurs du bureau du Comité provisoire que vous avez tous avec moi renommés dans le bureau définitif.

Vous avez voulu ainsi reconnaître le zèle dont ils ont fait preuve dans les travaux préparatoires accomplis depuis la réunion du 26 juin dernier et particulièrement le dévouement et l'activité de notre excellent secrétaire général M. le Dr Sauvez (*Applaudissements*).

Le Gouvernement vient de donner sa sanction à ces travaux préparatoires par la reconnaissance officielle de notre Congrès et la nomination comme membres du Comité d'organisation du dit Congrès des délégués que nous lui avons présentés. Ces délégués représentent ici les diverses société dentaires françaises, qui toutes, dans une même pensée d'union et de progrès, ont répondu à notre appel, réalisant enfin en France cette fédération tant souhaitée de nos groupements professionnels.

Je suis sûr d'être votre interprète en remerciant M. le Professeur Gariel du bienveillant appui qu'il nous a donné pour nous faire obtenir pour notre Congrès le patronage officiel, bienveillant appui

que je lui demande de nous continuer dans l'œuvre d'organisation que le Gouvernement vient de nous confier (*Applaudissements*).

Parmi les divers congrès scientifiques qui doivent, l'année prochaine, ajouter à l'éclat et au succès de l'Exposition universelle nous sommes assurés que l'odontologie aura sa représentation officielle comme à Paris en 1889, comme à Chicago en 1893.

Mettons-nous donc activement à l'œuvre, maintenant que nous sommes régulièrement constitués, pour que cette représentation soit digne de notre profession et de notre pays (*Applaudissements*).

La Commission a de plus adopté le Règlement du Congrès et examiné la composition des comités étrangers nommés dans les divers pays et étudié plusieurs questions relatives à l'organisation du Congrès, qui aura lieu sous le patronage du Gouvernement français, du 8 au 14 août inclus.

E. P.

Voici le texte de ce règlement :

RÈGLEMENT

du

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900

ADOPTÉ PAR LA COMMISSION D'ORGANISATION A L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU MERCREDI 12 AVRIL 1899.

ART. 1er. — Un Congrès dentaire international, placé sous le patronage du Gouvernement français aura lieu à Paris en 1900, du 8 au 14 *août* inclus.

ART. 2. — Le droit d'admission au Congrès est fixé à 25 francs. Les adhérents au Congrès auront droit à tous les avantages des Congrès officiels.

ART. 3. — Les demandes d'admission devront être adressées au secrétaire général et le montant des cotisations au trésorier ; le Comité prie instamment les adhérents qui désirent prendre part au Congrès d'envoyer leurs souscriptions le plus tôt possible.

ART. 4. — Les réunions auront lieu :

a) Pour les séances d'ouverture et de fermeture, dans une des salles du Palais des Congrès de l'Exposition ;

b) Pour les séances ordinaires de communications, dans les salles de réunions des deux Sociétés odontologiques, 45 rue de la Tour d'Auvergne et 3 rue de l'Abbaye ;

c) Pour les séances de démonstrations, dans les salles d'opérations de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Ecole Odontotechnique.

ART. 5. — Les membres du Congrès qui désireront faire une communication sont priés d'en avertir le secrétaire général trois mois avant l'ouverture du Congrès. Ils devront joindre à leur avis le texte de leurs communications, contenant les conclusions de leurs

travaux. La Commission fera traduire ces conclusions en français.

Pour aider la discussion, chaque communication sera imprimée dans le volume qui sera distribué à tous les adhérents, *un* mois avant l'ouverture, si cette communication est parvenue 3 mois avant au Secrétariat général, et sur l'avis de la Commission.

ART. 6. — Le Congrès sera divisé en plusieurs sections :

1° Anatomie, physiologie et histologie ;

2° Pathologie spéciale et bactériologie ;

3° Dentisterie opératoire et thérapeutique spéciale ;

4° Anesthésie générale et locale ;

5° Prothèse et orthopédie dentaires, restaurations faciales ;

6° Enseignement et historique de l'art dentaire ;

7° Législation, jurisprudence et déontologie.

8° Hygiène ; services dentaires publics.

ART. 7. — Les travaux du Congrès comprendront :

1° Des communications ; celles-ci seront de deux sortes :

a) Les unes proposées à l'avance par la Commission d'organisation et devant faire l'objet de rapports ;

b) Les autres librement choisies.

Les communications seront en français, anglais, allemand, russe, italien ou espagnol ; les conclusions devront être en français.

2° Des démonstrations pratiques (opérations de dentisterie opératoire ou de prothèse dentaire, et présentation d'instruments nouveaux).

ART. 8. — Le travail sera réparti de la façon suivante :

1° De 9 heures à midi, démonstrations pratiques ;

2° De 1 heure 1/2 à 3 heures, assemblées générales, dont le programme sera choisi par la Commission.

Dans ces assemblées générales seront discutés les rapports et les communications choisies par la Commission, ainsi que toute chose intéressant la généralité des congressistes.

3° De 3 heures à 6 heures, travail des sections.

ART. 9. — Le résumé des communications pourra avoir une durée de 15 minutes ; le Président aura le droit, sans consulter l'assemblée, d'accorder une prolongation de 5 minutes, soit 20 minutes en tout. Ce temps écoulé, il sera nécessaire de consulter l'assemblée.

ART. 10. — Il sera accordé à chaque orateur 5 minutes pour la discussion, et 10 minutes avec l'assentiment du Président. Le même orateur ne pourra parler dans la discussion en cours, pendant la même séance, plus de 10 minutes, sans l'assentiment de l'assemblée. Les orateurs qui désireront prendre part à la discussion des sujets mis à l'ordre du jour ou des communications annoncées pourront se faire inscrire d'avance, en écrivant au secrétaire général.

ART. 11. — Tout travail qui serait publié autrement que par les soins du Congrès, avec l'assentiment de l'auteur, dans un délai moindre de 3 mois après la session, ne figurera que par son titre au volume des comptes rendus.

ART. 12. — Toutes les communications relatives au Congrès (demandes d'admission, désignation de questions, ouvrages manuscrits ou imprimés, etc.), doivent être adressées au secrétaire général.

Art. 13. — Pour être membre du Congrès, il faut :

1° Avoir le droit d'exercice légal dans le pays d'origine ;

2° Exercer honorablement sa profession, c'est-à-dire s'interdire toute réclame ou tout acte contraire à la dignité professionnelle ;

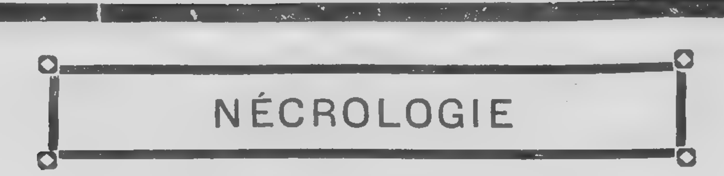
3° Etre agréé par le Comité national du pays d'origine s'il en existe un, ou par le bureau de la Commission d'organisation du Congrès.

Art. 14. — Toute personne n'exerçant pas l'art dentaire peut être admise par le bureau de la Commission d'organisation.

Nota. — Les membres désireux de faire des démonstrations ou communications nécessitant une installation de matériel, sont priés de donner d'avance toutes indications à ce sujet (emplacement, électricité, gaz, etc.).

Adresser les adhésions, les communications et les demandes de renseignements à M. le Dr E. Sauvez, secrétaire général, 17, rue de Saint-Pétersbourg, Paris.

Adresser les cotisations à M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.



M. ROUSSEAU

Nous apprenons la mort de M. Jules Rousseau, chirurgien-dentiste à Calais, décédé le 15 avril dans sa 36e année.

Nous adressons nos regrets à la famille du défunt.



Nominations de chefs de clinique a l'Ecole dentaire de Paris.

A la suite d'un brillant concours, MM. le Dr Maire et Gross ont été nommés par le Conseil de Direction, chefs de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous adressons nos félicitations à nos deux confrères.

Le diplome de chirurgien-dentiste et le doctorat en médecine.

MM. les Drs Capdepont, Gires, Chomprez, Pitsch, Decréquy et Farge se sont présentés les 14 et 15 avril au 3e examen pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste, qui leur a été conféré, inutile de l'ajouter. Nous croyons savoir que c'est en vue d'être nommés *Dentistes des hôpitaux* que nos confrères se sont soumis à cette épreuve, une décision récente de l'Assistance publique exigeant à l'avenir le double diplôme de docteur en médecine et de chirurgien-dentiste pour occuper ces postes, que nous regrettons toujours de ne pas voir accorder au concours. C'est dans tous les cas une demi-satisfaction et la réalisation du vœu émis au Congrès de Lyon par M. le Dr Guillot.

Ecole dentaire de Lyon.

Nous apprenons que l'Ecole dentaire de Lyon, dont la souscription grossit tous les jours, va être installée 32, rue Vaubécour.

Nous rappelons que les dons sont reçus chez M. J. Bonnaric, 6, rue Centrale, Lyon.

DERNIÈRE HEURE

ASSOCIATION DES DENTISTES DU RHONE ET DE LA RÉGION

Assemblée générale annuelle du 15 avril 1899

RENOUVELLEMENT PARTIEL DU COMITÉ

Membres sortants :

MM.	Naudé	*Lyon.*
	Quintero	*Lyon.*
	Bastien	*Lyon.*
	Bouvier	*Lyon.*
	Fossey	*Saint-Étienne.*
	Noël Dupuy	*Bourg.*
	Steiner	*Grenoble.*

Membres élus :

MM.	Rohmer par	20 voix.
	Bastien	17 »
	Vichot	17 »
	Harwood	15 »
	Pilloy	13 »
	E. Bonnaric	11 »
	Bouvier	14 »

Tous de Lyon.

Le Conseil se trouve composé en outre de MM. Martin, Tellier Julien, Ravet, Jules Bonnaric et Durand.

Nos félicitations au nouveau bureau dont la plupart des membres sont des souscripteurs de la nouvelle Ecole.

N. D. L. R.



CORRESPONDANCE

Paris, le 25 avril 1899.

M. Ch. Godon,
Directeur de L'*Odontologie*.
E. V.

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous informer qu'après une étude très approfondie par un groupe de dentistes de Paris, je viens de mettre en souscription les 1600 actions de francs 250, entièrement libérées de la « Société Française de Fournitures Dentaires » en formation, succession de la maison P. A. Kœlliker et Cie (Siège Social : 58 bis, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris). Cette souscription sera probablement close au commencement du mois de juin.

Recevez, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma parfaite considération.

J. Ott.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 **CABINET A CÉDER** *tout de suite.* Affaires 10,000 francs. Superbe installation, 47 ans d'existence, prix 6,000 francs. Écrire aux initiales A. X., aux soins de M. Ed. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (141-[1])

---

2 M. Crispin, à Fléac, par Pons (Charente-Inférieure), achèterait d'occasion un **fauteuil d'opération** en bon état, pour dentiste. Lui écrire. (140-[2])

---

3 **ON DEMANDE** pour ville du Midi, *station d'hiver*, un **très bon opérateur,** connaissant parfaitement l'aurification et possédant le diplôme d'une des Ecoles de Paris ou celui de la Faculté de Médecine. Ecrire aux initiales A. D. P. aux soins de M. Ed. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (139-[2])

---

4 **JEUNE DOCTEUR** désire place d'opérateur à Paris de préférence chez un Dentiste désireux de céder son cabinet. Écrire aux initiales M. G., 35, rue Jacob, Paris. (138-[3])

---

5 **COMPTABLE,** très au courant des écritures d'un dentiste, désire emploi fixe ou de quelques heures, ou travaux d'écriture. E. Husson, 100, rue Truffaut. (137-[3])

---

6 **DENTISTE AMÉRICAIN,** gradué du Collège dentaire de *Philadelphie*, spécialité en *Crown and Bridge Work*, possédant les meilleures références, désire une place d'opérateur, honoraires 200 francs par semaine. S'adresser au Dr A. Chiavaro, Gen. del. Philadelphie, Pa. (134-[5])

7

8

AVIS

Les adresses imprimées de nos abonnés et les précautions prises pour leur assurer une distribution régulière nous permettent de garantir la remise à la poste de tout le service du Journal. Malgré cela, il nous arrive chaque quinzaine quelques réclamations de numéros non parvenus à destination.

L'administration de *L'Odontologie* décline à ce sujet toute responsabilité; elle se tient cependant à la disposition de ses correspondants pour leur envoyer un nouvel exemplaire, s'il est réclamé dans le délai d'un mois.

AVIS

La Direction de l'**École Dentaire de Paris** et l'Administration de **L'Odontologie** prient les Journaux et Revues faisant l'échange avec *L'Odontologie*, de vouloir bien adresser leur publication:

1° Un exemplaire à *L'Odontologie*, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris;

2° Un exemplaire à la Bibliothèque de l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris.

NOTA. — Prière instante de mentionner exactement l'adresse, car certaines publications nous parviennent très irrégulièrement, faute d'indication précise.
Départ d'Angers pour Nantes.

BULLETIN

DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

DE L'ECOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 10 janvier 1899.

Présidence de M. PAPOT, doyen d'âge, puis de M. GODON, président, et de M. LEMERLE, vice-président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Billet, d'Argent, Devoucoux, Loup, Martinier, de Marion, Meng, Richard-Chauvin, Roy, Sauvez, Stévenin, Weber, Touvet-Fanton.

M. Sauvez donne lecture du procès-verbal, qui est adopté après une observation de M. Martinier.

Il est procédé à la nomination du Bureau. M. Weber, le plus jeune des membres présents, remplit les fonctions de secrétaire.

Le scrutin est ouvert pour l'élection du président et donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 16.

M. Godon.. 15 voix.
M. Papot... 1 —

M. Papot fait remarquer combien l'unanimité avec laquelle M. Godon est élu président démontre l'estime, l'amitié et la reconnaissance que les membres du Conseil éprouvent pour le caractère et le dévouement sans bornes de leur vaillant directeur.

M. Godon prend la présidence et remercie de son élection. Il invite le Conseil à nommer un directeur-adjoint, prévu par les statuts et dont la nomination est devenue indispensable en raison des développements de tous les services, de l'augmentation du personnel et du nombre des élèves.

Il propose de charger M. Martinier des fonctions de directeur-adjoint, ce

dernier ayant dans ses attributions le corps enseignant, les élèves et le personnel, et demande que cette nomination ait lieu après celle du Bureau.

Après diverses remarques de *MM. Lemerle* et *Martinier*, il est décidé qu'il sera nommé un directeur-adjoint.

Le scrutin est ouvert pour la vice-présidence.

M. Lemerle obtient.............................. 13 voix.
M. Viau.. 11 —

MM. Martinier, Roy, d'Argent, chacun 1 voix.

MM. Lemerle et Viau sont élus vice-présidents.

Il est procédé à l'élection d'un directeur-adjoint.

Obtiennent :

M. Martinier....... 11 voix.

MM. Roy et Papot. 2 voix chacun.

1 bulletin blanc.

M. Martinier est élu.

Le scrutin est ouvert pour la nomination du secrétaire généra

M. Sauvez obtient.... 14 voix.

MM. d'Argent et Roy. 1 voix chacun.

M. Sauvez est élu secrétaire général.

Sur la proposition de *M. Lemerle*, M. d'Argent est nommé trésorier par acclamation à l'unanimité.

Au sujet du poste de bibliothécaire, des regrets sont exprimés que M. Bonnard ne se soit pas représenté au Conseil et des félicitations lui sont votées pour les services qu'il a rendus en réorganisant la bibliothèque.

Sur la proposition de *M. Martinier* des regrets sont également exprimés que d'autres membres du Conseil, MM. Francis Jean, Löwenthal, Legret et Prest, ne se soient pas représentés non plus.

Sur une nouvelle proposition de *M. Martinier* il est décidé que M. Bonnard pourra terminer son catalogue en s'entendant avec son successeur.

Il est procédé à la nomination d'un secrétaire des séances.

M. Loup obtient................................ 9 voix
M. Roy... 6 —

M. Loup est élu.

Sur la proposition de *M. Lemerle*, il est décidé qu'il ne sera pas nommé de bibliothécaire-adjoint jusqu'à nouvel ordre, M. de Croes conservant ces fonctions.

Sur la proposition de *M. Godon* et après observations de *MM. Lemerle, Roy, Stévenin* et *Martinier*, M. Lemerle est nommé conservateur du musée par acclamation.

M. Weber est nommé conservateur-adjoint.

Il est procédé à l'élection d'un bibliothécaire.

MM. de Marion.......................... 13 voix
Roy, Choquet....................... 1 voix chacun
Touvet-Fanton..................... 2 —

M. de Marion est élu.

M. Prével est nommé économe par acclamation.

Une commission de 5 membres est chargée de proposer un tableau de répartition des commissions.

MM. Papot, d'Argent, Lemerle, Martinier et Richard-Chauvin sont désignés pour en faire partie.

La séance est suspendue ; la commission se retire pour délibérer.

A la reprise. *M. Lemerle* fait connaître la répartition qu'elle propose, en ajoutant qu'elle demande la suppression de la commission du contentieux, qui est en réalité représentée par les avocats et avoués de l'Ecole.

M. Stévenin demande qu'il soit procédé à la nomination des diverses commissions au scrutin secret.

Après observations de *MM. Touvet-Fanton, Roy* et *Stévenin* et la demande par *M. Godon* de la création d'une commission de l'Exposition, il est procédé aux divers scrutins qui donnent les résultats suivants :

Commission de l'enseignement :

MM. d'Argent	15 voix	MM. de Marion 2 voix
Lemerle	14 —	Billet, Touvet-Fanton, Viau et Martinier, chacun 1 voix.
Papot	14 —	
Roy	14 —	
Richard-Chauvin		

Les 5 premiers sont élus.

Commission scolaire :

MM. Papot, Weber, Bioux, Touvet-Fanton	15 voix chacun
Loup	14 —
Devoucoux	1 —

Les 5 premiers sont élus.

Commission des finances :

MM. Viau, Billet, Bioux, Prével, Devoucoux	16 voix chacun
Loup	1 —

Les cinq premiers sont élus.

Commission des fêtes :

MM. Prével, Weber, Touvet-Fanton, Meng, Devoucoux, 16 voix chacun, élus.

Conseil de famille :

MM. Stévenin, de Marion, Meng, Billet	15 voix
Loup	14 —
Weber	1 —

Les 5 premiers sont élus.

Commission des archives, du musée et de la bibliothèque :

MM. Roy, Stévenin, Lemerle, de Marion et Maire, 16 voix chacun, élus.

Commission du local :

MM. Lemerle, d'Argent, Papot, Viau, Prével, 15 voix chacun, élus.

Commission de l'Exposition :

MM. Lemerle, Viau, d'Argent, Papot	11 voix chacun
Roy	10 —
de Marion	1 —

Les 5 premiers sont élus.

Délégués du Conseil à la Société d'Odontologie :

MM. Touvet-Fanton et Meng.

M. Godon donne lecture de la correspondance.

Il fait connaître que M. le professeur Sébileau fera dorénavant son cours de clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-Antoine, M. de Gennes le cours de clinique médicale à l'hôpital Boucicaut et que M. Jullien commencera le cours d'anatomie régionale le samedi 14 janvier à 6 heures du soir.

Il communique : 1° une lettre de M. Brouardel qui recommande M. Zentler chargé d'une mission par le Gouvernement roumain ; 2° une lettre de la Société chimique des usines du Rhône faisant un don d'appareils à l'Ecole (des remer-

ciements sont votés au donateur et la lettre est renvoyée à la commission d'anesthésie); 3° une lettre de remercîments de M. Wiesner.

Sur sa demande, le Bureau et la Commission de l'Exposition sont autorisés à signer les formules nécessaires pour la participation de la Société à l'Exposition.

M. Lemerle remplace M. Godon au fauteuil.

Il annonce que le Bureau a nommé MM. Charpentier et Hofzumahaus démonstrateurs appointés et il communique une lettre par laquelle M. X. donne sa démission de démonstrateur.

Diverses observations sont présentées par *MM. Papot*, *Roy* et *Richard-Chauvin*, puis les 2 nominations sont ratifiées par le Conseil.

Il est décidé qu'une démarche sera faite par MM. Lemerle et Martinier auprès de M. X.

M. Martinier fait connaître : 1° que MM. Jeay et Mahé sont candidats pour le poste de chef de clinique d'anesthésie ;

2° Que M. Choquet demande un crédit de 150 fr. pour le laboratoire de micrographie (Accordé) ;

3° Que MM. Charpentier et Lemaire demandent leur admission dans la Société (ces admissions sont prononcées).

M. Blumenfeld présenté par M. Stévenin }
M. Duvignau fils — M. Papot } sont également admis.

M. Sauvez donne lecture d'une lettre par laquelle M. L... demande l'annulation de son engagement (Accordé).

Il rend compte de la correspondance du secrétariat adjoint, qui comprend 65 lettres depuis la dernière séance.

Sur la proposition de *M. Papot*, M. Obrycki est admis en 2e année comme élève irrégulier; M. Martin fils est admis en 3e année comme élève irrégulier.

M. Papot communique la plainte d'un membre de l'Association portant que M. D..., de Nancy, fait indûment usage du titre de diplômé de l'Ecole. Cette plainte est renvoyée au Conseil de famille.

Il est procédé à la nomination du jury de concours de chef de clinique d'anesthésie, qui est ainsi composé :

M. Pinet, professeur titulaire ; MM. Roy et d'Argent membres, Sauvez délégué du Conseil.

Ce concours est reporté au dimanche 15, à 9 heures du matin.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire général.
Dr SAUVEZ.

CONCOURS POUR DEUX PLACES DE PROFESSEUR-SUPPLÉANT DE CLINIQUE DE PROTHÈSE

Art. 1er. — Le Conseil de Direction de l'Ecole dentaire de Paris décide l'ouverture d'un concours pour deux places de professeur-suppléant de clinique de prothèse. Ce concours commencera le dimanche 4 juin, à 9 heures du matin au siège de l'École dentaire de Paris, 45, rue de la Tour d'Auvergne. A cette séance, le jury procédera à l'examen des titres des candidats et communiquera une liste de huit questions parmi lesquelles il en sera tiré une pour la dissertation écrite.

Jury.

Art. 2. — Je jury de concours se compose de quatre membres : le

Directeur de l'Ecole, président; le professeur titutaire de prothèse et deux professeurs tirés au sort.

Un délégué du Conseil de Direction assiste aux opérations du jury.

Epreuves.

Art. 3. — Le concours comporte :

1° Epreuves sur titres.

Titres universitaires............................	5	35 points.
— dentaires...............................	10	
Travaux scientifiques...........................	20	

2° Epreuves cliniques.

Une leçon orale sur trois malades aux choix du jury. Le candidat aura une heure pour faire l'examen des malades et une heure pour exposer le résultat de son examen...................... 20 points.

3° Epreuve pratique.

Préparation de la bouche, combinaison des appareils, prise d'empreintes et d'articulation.

Pose et retouches d'appareils......................... 20 points.

4° Epreuve écrite.

Dissertation écrite sur un sujet tiré au sort dans une série de huit questions portées à la connaissance des candidats huit jours à l'avance.. 30 points.

La question à traiter sera tirée au sort. Trois heures seront accordées pour le travail, qui devra être fait sans s'aider de livres ou de notes.

Les compositions seront lues le lendemain en présence du jury.

5° Leçon orale de trois quarts d'heure sur un sujet donné par le jury. Les candidats auront trois jours pour la préparation de cette leçon et pourront, en la faisant devant le jury, s'aider de livres ou de notes.. 40 points.

Classement.

Art. 4. — Le classement des candidats sera établi par le nombre des points obtenus dont le maximun est de

Titres des candidats.	Titres universitaires..	5 points	35 points.
	— dentaires, démonstrateurs, chefs de clinique, etc......	10 —	
	Travaux scientifiques et publications....	20 —	
Dissertation.......	Epreuve écrite..................		30 —
Epreuves cliniques.	Examen de trois malades au choix du jury.......................		20 —
	Epreuve pratique................		20 —
Cours...........	Epreuve orale....................		40 —
	Total...........		145 points.

Minimum pour être admis : les 2/3 du maximum.

Ce minimum obtenu ne donne pas droit à la nomination.

Les points de titres des candidats seront fixés au début de l'examen avant la première épreuve.

A la fin de chaque épreuve les points obtenus seront proclamés.

Nomination.

Art. 5. — La nomination est prononcée et proclamée par le Conseil de Direction de l'Ecole, d'après les rapports adressés par le jury de concours, la commission d'enseignement entendue.

Conditions d'admission au concours.

Art. 6. — *a*) Etre âgé de 25 ans au moins.

b) Jouir de ses droits civils et politiques dans le pays d'origine.

c) N'avoir subi aucune peine disciplinaire sévère dans une Ecole dentaire ou établissement similaire.

d) Faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris.

e) Avoir fait acte de candidat huit jours au moins avant l'ouverture du concours par demande écrite, contenant l'énumération des titres et qualités, ainsi que l'engagement de satisfaire aux obligations inhérentes au poste faisant l'objet du concours, d'après les règlements en vigueur.

f) Posséder le diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste.

Toutes les épreuves sont publiques, sauf celles sur titres. Les élèves en cours d'études ne peuvent y assister.

Concours pour une place de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie dentaires (*humaine et comparée*).

Art. 1er. — Le Conseil de Direction décide l'ouverture d'un concours pour la nomination d'un professeur suppléant d'anatomie et de Physiologie dentaires.

Art. 2. — Ce concours aura lieu au mois de juin 1899 ; la date sera publiée ultérieurement.

Jury.

Art. 3. — Le jury du concours se composera du Directeur de l'Ecole, président, de 3 professeurs, dont le professeur titulaire et deux professeurs tirés au sort, et d'un délégué du Conseil.

Epreuves.

Art. 4. — Le concours se composera :

1° D'une épreuve écrite sur un sujet pris dans le programme, à traiter en trois heures, sans s'aider de livres ou de notes, et tiré au sort dans une série de huit questions qui seront portées à la connaissance des candidats 8 jours à l'avance.

2° D'épreuves orales.

En anatomie dentaire :

Anatomie descriptive et topographique de la face, de la cavité buccale, non compris la langue et le voile du palais.

Rôle physiologique des différents organes renfermés dans la cavité buccale; insister sur leur rôle dans la digestion, la gustation et la phonation.

Anatomie et Physiologie du système dentaire d'après le programme du cours d'anatomie et de physiologie dentaires de 3e année.

Application des notions d'anatomie sus-indiquées;

a) Aux recherches médico-légales.

b) Aux classifications anthropologiques.

3° D'une épreuve pratique.

En anatomie :

Reconnaissance des dents humaines ou animales.

Déterminer une ou plusieurs dents humaines, leur siège exact, la dentition à laquelle elles appartiennent.

4° De deux cours faits oralement (en pouvant s'aider de notes) pendant 3/4 d'heure sur un sujet donné par le jury, pris dans le programme, après deux jours de préparation.

Classement.

Art. 5. — Le classement des candidats sera établi par le nombre de points obtenus, dont le maximum est :

Pour la composition écrite, trente points	30
— l'épreuve orale, vingt	20
— — pratique, vingt	20
— le cours, quarante	40
— les titres des candidats, trente-cinq	35
Total :	145

A la fin de chaque séance, le jury annonce le nombre de points obtenus par les candidats.

Minimum pour être admis : les 2/3 du maximum.

Ce minimum obtenu ne donne pas droit à la nomination.

Titres des candidats.

Art. 6. — Le jury tiendra compte des titres des candidats dans les conditions suivantes :

Diplôme d'une école française ou étrangère, grades en médecine ou en pharmacie dans une école française ou étrangère, grades en sciences.

Démonstrateur d'une école française ou étrangère, durée de la fonction.

Chef de clinique d'une école française ou étrangère, durée de la fonction.

Travaux scientifiques.

Les points attribués aux candidats pour leurs titres seront fixés dès le début du concours, avant la première épreuve.

Nomination.

Art. 7. — La nomination sera décidée et proclamée par le Conseil de direction de l'Ecole qui prononcera d'après les rapports admis par le jury du concours.

Conditions d'admission au concours.

Art. 8. — *a*) Etre âgé de 25 ans au moins.

b) Jouir de ses droits civils et politiques dans le pays d'origine.

c) N'avoir subi aucune peine disciplinaire sévère dans une Ecole dentaire ou établissement similaire.

d) Faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris.

e) Avoir fait acte de candidat huit jours au moins avant l'ouverture du concours par demande écrite, contenant l'énumération des titres et qualités, ainsi que l'engagement de satisfaire aux obligations inhérentes au poste faisant l'objet du concours, d'après les règlements en vigueur.

f) Posséder le diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste.

Toutes les épreuves sont publiques, sauf celles sur titres. Les élèves en cours d'études ne peuvent y assister.

19e ANNÉE. N° 9 15 MAI 1899 IIe Série. Vol. VIII.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

Travaux Originaux

INDICATIONS CLINIQUES D'UN CAS DE PROTHÈSE

Par M. Martinier,

Professeur de prothèse à l'École Dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 11 avril 1899).

La clinique de prothèse dentaire, — j'insiste sur ce dernier mot pour bien préciser que je parle uniquement de celle qui a pour but le remplacement artificiel des dents, — la clinique de prothèse dentaire, dis-je, ne fournit pas souvent l'occasion de signaler des cas dignes de vous être présentés. Cependant, pour l'observateur il y a là comme ailleurs un champ d'observations et d'études très suffisant pour occuper largement son temps et pour lui permettre d'exercer ses facultés.

Le cas que je vous soumets ce soir est certainement un cas de pratique courante banale, mais les conditions dans lesquelles il s'est produit me font en tirer quelques considérations intéressantes.

Ces considérations découlent de l'examen sérieux, approfondi, d'une bouche qui n'offre au premier abord rien qui attire spécialement l'attention, mais dans laquelle une observation plus minutieuse a permis de poser un diagnostic et d'en déduire un pronostic, qui, confirmé, nous semble

avoir été extrêmement heureux au point de vue de l'application de la prothèse.

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans qui venait devant moi, le 28 septembre dernier, et demandait qu'on lui posât un appareil dentaire de deux dents pour remplacer les incisives centrales supérieures absentes depuis fort longtemps déjà.

J'examinai l'articulation, qui était très basse, et je me disposais à prendre l'empreinte pour lui confectionner une petite pièce de deux dents montées sur une plaque d'or, lorsque mon attention fut attirée par l'absence de retrait de la gencive, qui, au lieu d'avoir subi une dépression par le fait de la résorption alvéolaire, était au contraire légèrement saillante au niveau des dents manquantes.

Cet état anormal me conduisit à un examen plus complet, car je soupçonnais alors la présence de racines.

La gencive était saine, de coloration naturelle; la crête alvéolaire était très nette, surtout pour l'incisive centrale droite, tandis qu'à gauche il existait sur le tissu gingival une légère dépression. Je cherchai à introduire une sonde dans cette dépression, mais je ne trouvai pas de pertuis : la cicatrisation paraissait complète.

J'interrogeai alors ma patiente sur le laps de temps qui s'était écoulé depuis la perte de ses dents et sur les conditions dans lesquelles elle les avait perdues.

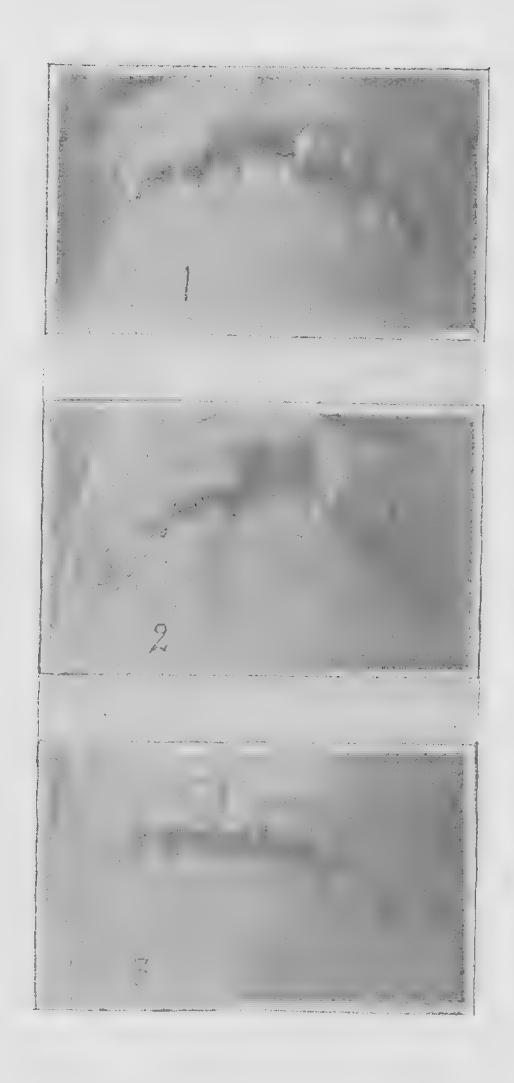
Le sujet me répondit qu'un accident lui était arrivé 5 ou 6 ans auparavant. Elle habitait alors la campagne et elle avait reçu sur le visage un coup de rateau qui lui avait brisé ces deux dents. Elle avait eu à la suite de ce choc des douleurs violentes,puis une série de fluxions, mais depuis cette époque elle n'avait rien ressenti et elle ignorait même l'existence de racines sous la gencive.

J'étais fixé et je diagnostiquai la présence des deux racines des incisives centrales supérieures, bien qu'elles fussent complètement recouvertes par la gencive.

Quel était l'état de ces racines ?

Evidemment elles avaient causé antérieurement des

Planche VI.



désordres infectieux, mais depuis plus de quatre ans ces désordres ne s'étaient pas renouvelés.

J'augurais que leurs parois devaient être suffisamment solides, puisque les couronnes avaient disparu par traumatisme, et j'étais en droit de penser que, si la résorption radiculaire n'était pas trop considérable, je pouvais très bien les soigner selon le traitement usité dans les cas semblables. Je comptais m'en servir pour y fixer des couronnes artificielles, supprimant ainsi la plaque de l'appareil que j'avais primitivement combiné.

Une empreinte des deux arcades dentaires fut prise et avec l'aide de l'anesthésie locale je me disposai à mettre à découvert la base de mes racines.

J'essayai d'abord du cautère, mais l'appréhension du sujet était telle, l'épaisseur de la gencive était si considérable que je dus y renoncer. Je me servis du bistouri et pratiquai dans le tissu gingival une échancrure d'environ 5 millimètres de hauteur au-dessous du niveau primitif de la gencive. Je rencontrai alors mes deux racines, dont je dégageai nettement la configuration à l'aide du cautère. Je me contentai ensuite de laver plaie et racines à l'aide d'une solution antiseptique et je remis à une autre séance le commencement du traitement des racines, ainsi que leur exploration.

Quelques jours après, la surface basilaire des racines étant largement découverte, je constatai que leurs bords étaient taillés en biseau aux dépens de la face externe et qu'il faudrait meuler notablement encore les bords internes, de façon à les niveler pour adapter très exactement les deux couronnes artificielles.

Des mèches furent introduites très doucement dans le canal de chacune des racines, afin d'enlever les débris putrilagineux qui les obturaient, et de nombreuses irrigations d'une solution antiseptique y furent pratiquées. A la suite du traitement, les racines furent obturées provisoirement et laissées quinze jours en observation. Aucune complication n'étant survenue, j'élargis suffisamment mes canaux pour y

faire pénétrer des pivots et je finis de meuler les bords de mes racines, ainsi que je l'ai dit.

Elles étaient prêtes à recevoir les couronnes que je songeais à y appliquer. Mon choix fut vite fait, car la hauteur de l'articulation était maintenant très suffisante et me permettait de fixer des couronnes Logan, bien supérieures dans ce cas, au point de vue de l'esthétique, à toutes les autres dents minérales. J'ai eu ainsi un résultat qui répond à tous les désiderata que nous pouvons formuler sous le rapport de la restauration prothétique.

Je conclus en faisant remarquer une fois de plus que l'examen méthodique et complet de la bouche offre en clinique de prothèse le même intérêt qu'en clinique de chirurgie dentaire et que cet examen m'a permis de supprimer les nombreux inconvénients d'un appareil à plaque.

J'ajoute que, malgré l'incertitude du diagnostic et du pronostic et la difficulté d'arriver au but que je m'étais fixé, j'avais le devoir de tenter la restauration à l'aide de couronnes, puisqu'en cas d'insuccès je pouvais toujours recourir à l'application de l'appareil primitivement choisi.

Je conclus enfin qu'au point de vue prothétique les indications que fournit la bouche sont des plus précieuses en ce qui concerne la combinaison des appareils, et que dans ce cas particulier elles m'ont mis à même d'obtenir un résultat infiniment supérieur à ceux qu'aurait donnés un appareil à plaque quelconque.

L'INSENSIBILITÉ A LA DOULEUR ET LES MUTILATIONS DENTAIRES CHEZ CERTAINS PEUPLES

Par M. E. Longuet.

Il nous est arrivé à tous de remarquer combien d'un individu à un autre le degré de sensibilité diffère. Il y a certainement à faire entrer en ligne de compte l'énergie et la volonté individuelles chez les uns, la peur, l'autosuggestion de la douleur chez les autres, surtout chez les faibles et les nerveux ; mais malgré tout, et abstraction faite des différents cas pathologiques, il existe des différences très grandes dans l'acuité de la douleur ressentie dans l'opération de l'extraction des dents.

Je me rappelle le fait d'une jeune bonne de 14 à 15 ans, très prolixe, que je fus obligé d'interrompre au milieu d'une phrase pour lui extraire une dent, qui supporta l'extraction sans sourciller et qui, aussitôt la dent enlevée, sans même prendre le temps de cracher, continua la phrase commencée et la fit suivre de beaucoup d'autres comme si de rien n'était.

Ce cas d'insensibilité relative est très remarquable, et il est rare d'en voir d'aussi prononcés dans la race blanche.

Il n'en est pas de même chez les races inférieures, si l'on en juge par les mutilations qu'un grand nombre de peuplades font subir à leurs organes dentaires, mutilations ayant un but religieux mal défini souvent, ou simplement un but de coquetterie.

D'après R. Hartmann, chez les Dinkas, les Herreros et autres nations nigritiennes, l'extraction des incisives médianes de la mâchoire inférieure sert à marquer le passage de l'enfance à l'adolescence.

Dans une tribu du Nord-Est de l'Albert-Nyanza, on va jusqu'à arracher les quatre incisives inférieures chez les enfants des deux sexes, au moyen d'un fer plat manœuvré à la façon du levier.

Le même auteur raconte que chez la plupart des tribus africaines l'insensibilité à la douleur physique, même pour les blessures, est très grande.

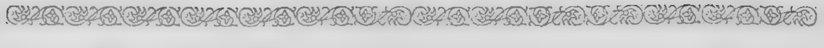
D'après E. Ferrant, chez les Orangs-Batack de Bornéo, les dents sont limées ou souvent simplement brisées en pointes, les instruments dont ils se servent sont des plus grossiers et consistent souvent en un simple caillou.

Les Papous avoisinant la Malaisie font de même. A Java, Sumatra, Bornéo on amincit et raccourcit le bord des incisives, dans lesquelles on fait aussi de profondes rainures transversales.

Chez les Dayaks on perce les incisives pour y introduire une che-

ville de laiton, et cette cheville y est martelée en forme de tête de clou. Voilà, je crois, des pays où les nerfs des dentistes ne seraient pas surexcités par les plaintes de leurs patients.

Se faire briser des dents à coups de pierre, même par un artiste en la matière, rien que d'en parler ça donne le frisson ! Mais la coquetterie, faut-il croire, est un puissant anesthésique !



SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 mars 1899.

PRÉSIDENCE DE M. LEMERLE, PRÉSIDENT

La séance est ouverte à 9 heures 1/4.

Sur la proposition de *M. Lemerle*, l'approbation du procès-verbal de la séance précédente est ajournée jusqu'à la publication de celui-ci.

I. — QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA PATHOGÉNIE DE LA NÉCROSE PHOSPHORÉE DES MAXILLAIRES, PAR M. MENDEL JOSEPH.

M. Mendel Joseph donne lecture d'une communication sur ce sujet. (Voir *Travaux originaux*, n° du 15 avril).

DISCUSSION.

M. Pont. — La théorie de Magitot sur la nécrose phosphorée est remplacée par celle que vient d'exposer M. Joseph. Dans la nécrose il y a deux actions : le retentissement du phosphore sur l'état général et l'effet sur la gencive. L'opinion de Magitot ne pouvait pas être défendue pour plusieurs raisons : d'abord pour des raisons cliniques ; il faut donc invoquer la première action qui a été démontrée sur un malade opéré par Wegner : en amputant la cuisse on constata une irritation du tissu osseux due au phosphore. Cette action explique la nécrose. Maintenant pourquoi cette nécrose se produit-elle sur sur le maxillaire surtout ? Elle se produit aussi ailleurs. La conséquence de cet effet, c'est l'ostéite et la nécrose. Ainsi la théorie de Magitot est impossible à soutenir mécaniquement ; c'est ce que tend à démontrer l'exposé de M. Joseph.

M. Mendel Joseph. — L'idée de Magitot que la carie dentaire joue un rôle dans la nécrose est très importante. Dans le cas que M. Pont a cité la présence de la carie sur d'autres os de la face peut être attribuée à des manifestations tuberculeuses. Si Magitot s'est trompé, ce n'est pas en incriminant la carie ; toute cause d'irritation prédispose à la carie et l'infection affaiblit le tissu. Les caries profondes jouent un rôle mportant dans la production de la nécrose phosphorée en prédisposant les tissus maxillaires à la localisation de cette dernière.

M. Pont. — Je ne nie point l'influence de la carie ; mais la théorie de Magitot peut être considérée au point de vue pratique ; il faut obliger les ouvriers qui manipulent le phosphore à se faire soigner la bouche.

M. Lemerle. — Nous voyons rarement des cas de ce genre ; aussi poserai-je une question à M. Joseph : si un ouvrier n'avait pas de dents, pourrait-il être atteint de nécrose phosphorée ?

M. Godon. — Le renversement de la théorie de Magitot pourrait-il avoir des conséquences dans la pratique ?

Cette question de la nécrose phosphorée préoccupe à juste titre les Pouvoirs publics, et actuellement le Gouvernement anglais, à la suite d'un vote du Parlement, fait procéder à une enquête sur l'emploi du phosphore dans la fabrication des allumettes au point de vue de l'affection particulière qui en résulte.

Notre ami M. Geo. Cunningham a été dans ce but chargé d'une mission en France par le ministre compétent. Je me suis entremis pour lui faciliter son entrée dans certaines manufactures et j'attends le dépôt du rapport qu'il a promis sur le résultat de sa mission. Les directeurs des manufactures auxquels il s'est adressé lui ont tous répondu : « Nous n'avons plus de nécrose phosphorée depuis que nous avons pris les mesures hygiéniques prescrites. »

Dans tous les cas, si certaines théories sont fausses pour M. Mendel Joseph, les conclusions pratiques restent les mêmes. Par suite de l'infection locale causée par la carie dentaire, il y a affaiblissement de la résistance des maxillaires et envahissement du phosphorisme. Donc si la théorie est modifiée, les conclusions pratiques, je le répète, n'en persistent pas moins.

M. Viau. — La nécrose phosphorée ne peut, d'après Magitot, apparaître ni chez un édenté ni en l'absence de carie. Il me semble bien difficile que Magitot ait pu observer des ouvriers rentrant dans ces conditions, car on peut admettre comme un fait presque absolu qu'on ne rencontre pas dans la classe ouvrière de sujets travaillant encore (c'est-à-dire ayant de 15 à 50 ans) dont la bouche soit indemne de toute carie ou bien complètement dépourvue de dents et de racines.

M. le Dr Frey. — A la fin de sa vie Magitot s'est rangé à l'avis général et au phosphorisme par intoxication. Il insistait sur les troubles du système osseux, du rein, du foie, toutes lésions qu'il décrivait sous le nom de *phosphorisme.*

M. le Dr Amoëdo.— Dans un article publié dans *Le Matin*, M. Emile Gautier disait récemment que la nécrose phosphorée serait bientôt du domaine de l'histoire, car la Régie a adopté pour la fabrication des allumettes une substance non toxique. Il conseille, pour éviter l'infection, de détruire par le feu les anciennes manufactures dont les murailles sont imprégnées de phosphore.

II. — Nouveau procédé de fixation amovible des dents, par M. Fresco.

M. Fresco donne lecture d'une communication sur ce sujet.

Discussion.

M. Martinier. — Le procédé consiste dans le taraudage des crampons de la dent ; puis au pas de vis on adapte un écrou, de sorte qu'on peut presque immédiatement fixer une dent sur un appareil.

Ce procédé me semble délicat ; mais je n'ai pas pu l'approfondir. Il peut servir dans certains cas, notamment quand il y a fracture, pour le travail à pont ; c'est surtout pour les dents soudées au métal, quand on

emploie un appareil combiné (métal et caoutchouc), qu'il est applicable. Le procédé ne peut pas toutefois être d'une pratique courante, bien qu'il puisse être utile.

M. Fresco présente un appareil confectionné par ce procédé de fixation des dents.

M. Lemerle. — On cuit avec les crampons bien parallèles, on rentre la dent dans le caoutchouc, on visse sur le pivot et la dent est fixée.

M. Godon. — Avec ce procédé on peut réparer l'appareil en caoutchouc sans cuire et l'appareil en métal sans souder.

M. Fresco. — Quand on a monté la pièce avec le crampon, on cuit, puis on articule, ensuite on met les dents en place, on fraise, on taraude les dents, et à ce moment-là seulement, on visse les écrous et la pièce est montée.

M. Godon. — Le moyen est surtout applicable pour une réparation.

M. Martinier. — Je crois qu'il ne peut être indiqué que pour les dents à pivot ou les travaux à pont.

M. Gross. — On peut rapprocher ce procédé d'un autre moyen de réparation rapide qui consiste dans la rivure des crampons. Souvent c'est la même dent qui se casse et, avec ce nouveau procédé, à la seconde fois on sera désarmé.

III. — Travaux a pont ou couronnes continues, par M. Villar.

M. Martinier. — J'ai reçu d'un confrère espagnol, M. Villar, de Valladolid, un nouveau procédé pour la confection des talons de dents pouvant s'adapter aux molaires et aux prémolaires. Il m'a chargé de vous présenter son appareil; le voici (il le présente).

Cet appareil se compose :

1° D'un dessous de moule en caoutchouc,

2° D'un moule en bronze avec 3 concavités,

3° De 3 poinçons, dont 1 pour incisives centrales, latérales, canines du haut, 1 pour grosses molaires, 1 pour petites molaires.

On prend un morceau de métal, or, platine, au 6 ou au 7, alliage dentaire ou autre métal, qu'on place sur l'une des concavités du moule, sur celle de la dent, si c'est pour une dent, et avec le poinçon correspondant on donne quelques coups pour avoir la cuvette au derrière de ladite dent. On coupe ensuite les rebords, on élargit ou l'on serre, selon la largeur de la dent, ladite cuvette, qu'on lime ensuite, afin de l'adapter à la face intérieure de la dent et de lui donner l'inclinaison qu'exige l'articulation.

Pour la dent à pivot on place le pivot métal entre les 2 crampons de sa dent, qu'on peut souder avec de la soudure en argent; ensuite on place la cuvette métal en l'assujettissant avec un peu de cire, et après avoir placé le tout dans du plâtre et de la terre, on peut par dessus la dent introduire un peu de soudure, même d'argent, pour que l'opération soit plus facile, sa température étant plus basse.

Pour un travail à pont, dont les dents n'ont pas besoin de pivot, on soude tout simplement les crampons de la dent contre la cuvette en métal, toujours avec de la soudure d'argent; ensuite on soude entre elles toutes les cuvettes de métal.

Si l'on veut faire une cuvette de métal plus mince, au 4 ou 5, on peut introduire dans les concavités du moule une feuille de papier.

Pour envelopper la dent, lors de la soudure, on se sert de

60 o/o Terre à mouler
20 o/o Plâtre
20 o/o Soldine.

On dissout d'abord la soldine dans l'eau nécessaire, on y introduit la terre, qu'on mélange, ensuite on ajoute le plâtre. La soldine a l'avantage de faire sécher plus facilement la terre.

Discussion

M. Lemerle. — Pour les pièces à succion ce n'est guère antiseptique, cela rappelle un peu les dents à tube.

M. Touvet-Fanton. — J'ai vu des talons du même genre dans la maison Kölliker ; ils sont tout prêts.

M. Martinier. — Il existe déjà des procédés d'estampage. Quelques reproches que M. Lemerle adresse au système, il permet d'employer l'asepsie et convient surtout aux dents à pivot.

IV. — Présentation de modèles de redressement. Avantages de l'extraction d'une prémolaire dans les cas de prognathisme, par M. Choquet.

M. Choquet donne lecture de la communication suivante :

Dans la dernière séance de la Société d'Odontologie certains de nos confrères, dans les cas de projection en avant des dents du maxillaire supérieur, s'étaient montrés partisans, pour mener à bien le redressement, de l'extraction d'une prémolaire de chaque côté. D'autres, au contraire, ne voulaient pas admettre cette extraction.

Je vous présente aujourd'hui deux cas ayant trait à ces sortes de redressement. Je m'empresse d'ajouter que je suis un fervent partisan de l'extraction dans de semblables circonstances.

La première observation a trait à un jeune homme de 17 ans, fortement constitué. Lorsque je le vis pour la première fois, je fus absolument étonné de l'aspect qu'il présentait : il était absolument défiguré. La lèvre supérieure était complètement relevée et laissait, par suite de la projection en avant des dents au maxillaire supérieur, la bouche absolument entr'ouverte. Le malade pouvait, les arcades étant jointes, passer facilement et sans aucune gêne le pouce sous le talon des incisives supérieures. Les incisives inférieures

s'allongeaient de plus en plus et venaient accentuer insensiblement cette difformité en pressant sur la partie postérieure du collet de leurs antagonistes.

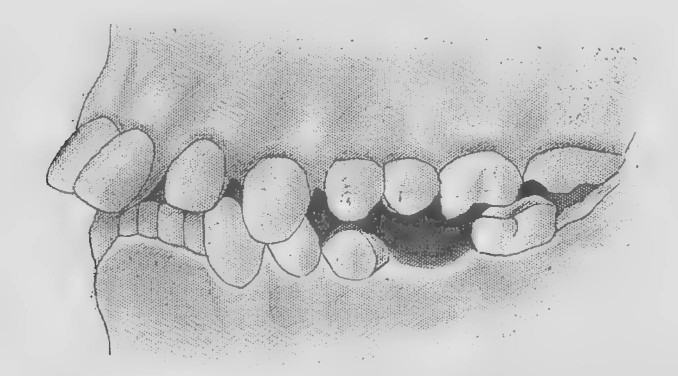


Fig. 17. — Avant le redressement.

Je n'eus pas une minute d'hésitation et je sacrifiai la seconde prémolaire de chaque côté, puis je fis un appareil en caoutchouc laissant la portion antérieure du palais dégarni.

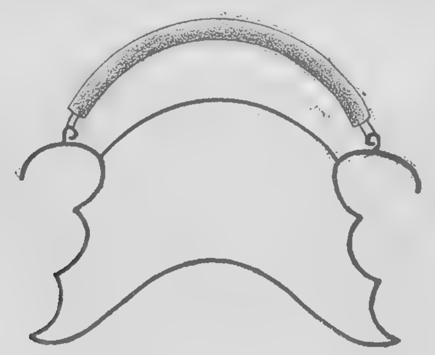


Fig. 18. — Appareil de redressement en caoutchouc.

Cet appareil était maintenu sur la molaire de 6 ans au moyen d'un fil de demi-jonc sur lequel j'avais soudé une petite agrafe qui retenait une bande de caoutchouc, de celui que nous employons pour séparer les dents. *L'articulation ne fut pas rehaussée.* Ce redressement, commencé en novembre, était pour ainsi dire fini trois mois plus tard. Au commencement d'avril, les dents étaient revenues dans la position qu'indique la figure 19.

Nous avons fait un appareil de contention avec bandeau d'or qui a été porté pendant environ 6 mois. Au bout de ce



Fig. 19. — Après le redressement.

temps, cet appareil a été retiré et les dents n'ont pas bougé.

La deuxième observation a trait au même cas, mais beaucoup moins accentué.

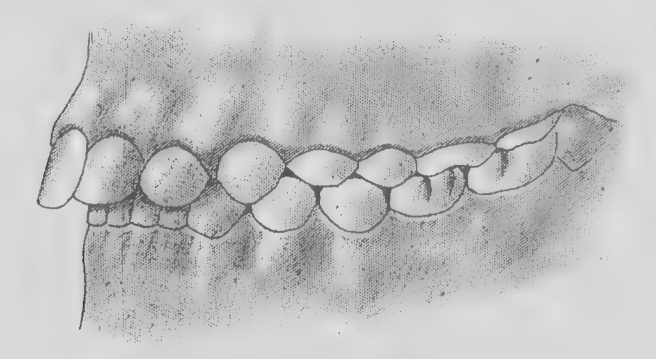


Fig. 20. — Avant le redressement.

Le confrère qui fit ce redressement voulut conserver la dentition intacte. Il lui fallut nécessairement faire plusieurs appareils (quatre si je me souviens bien), pour rehausser l'articulation tout d'abord et faire rentrer les dents, plus un appareil de contention.

Le sujet a beaucoup souffert pour arriver à ce résultat définitif. Le redressement seul a duré 25 mois et l'appareil

de contention a été porté pendant à peu près le même laps de temps.

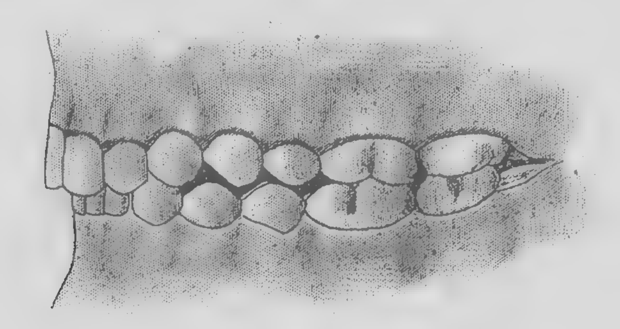


Fig. 21. — Après le redressement.

Vu la comparaison de ces deux cas semblables, il n'y a pas, à mon avis, d'hésitation possible. L'extraction d'une prémolaire de chaque côté est tout indiquée.

DISCUSSION

M. Siffre. — Nous employons le mot *prognathisme*, qui ne signifie pas lésion, mais bien que les os sont plus ou moins saillants; il faudrait dire projection en avant des dents supérieures. Quand il y a prognathisme, il n'y a pas antagonisme.

M. Choquet. — Le prognathisme comprendrait alors la projection du maxillaire, et il y avait une projection réelle chez le malade.

M. Siffre. — Le mot *prognathisme* s'applique à une façon d'être de la face ; ce que nous appelons de ce nom existe chez des enfants adénoïdiens.

M. Godon. — M. Siffre nous fait remarquer la confusion qui peut exister chez un savant, mais non chez un dentiste.

Le prognathisme désigne un caractère spécial de la face ; il est donc fâcheux de se servir d'un terme particulier qui s'applique à une déviation de la dent et non de la face. Ce n'est pas du prognathisme, puisqu'il se corrige. Çela prouve que nous avons besoin de nous mettre d'accord sur la terminologie.

M. Siffre.— La portion proprement osseuse forme le type de la race, mais sur le type prognathe il peut se greffer des adénoïdes. Ici nous n'avons affaire qu'à une lésion dentaire et il se crée un prognathisme *apparent ;* mais je ne crois pas que nous puissions le qualifier de prognathisme.

M. le Dr Amoëdo. — Les mots antéversion et rétroversion s'appliquent aussi aux dents et aux maxillaires. Magitot cite des habitants de la rive gauche du Sénégal qui repoussent en avant leur maxillaire par coquetterie.

M. Martinier. — Magitot parle du prognathisme *ethnique*, qui

vient d'une race ; mais il y a aussi le prognathisme *artificiel* qui peut atteindre soit les dents, soit le maxillaire. En dehors de cela nous pouvons rencontrer des anomalies de direction par antéversion et rétroversion, mais qui ne peuvent porter que sur 1 ou 2 dents.

Je suis tout désireux que nous réformions cette classification ; mais comment M. Siffre veut-il que nous la modifiions ?

M. Siffre. — Toutes les anomalies peuvent rentrer dans la mauvaise direction. Si nous avions le squelette du sujet, nous pourrions constater l'atrophie du maxillaire supérieur. Je persiste à dire que *prognathisme* n'est pas le terme propre.

M. Martinier. — Voici un maxillaire dans lequel toutes les dents ont pris leur place et pour le redressement duquel je n'ai pas été obligé de faire d'extraction. Je rappelle à ce propos que le Dr Martin nous recommandait, au Congrès de Lyon, de surveiller l'évolution des molaires de 6 ans.

M. Siffre. — S'il y a des molaires de 6 ans en contact, aucune raison n'empêche ces dents de descendre, car les dents évoluent au point de vue alvéolaire et la base du maxillaire supérieur reste atrophiée.

M. Martinier. — Pour l'un des cas de M. Choquet c'est un défaut de hauteur de l'articulation qui est cause du mauvais engrènement des dents ; vous en aurez la preuve évidente par le déchaussement qui existe à la face linguale des dents antérieures et que vous pouvez constater, déchaussement qui n'aurait pas été possible si la hauteur de l'articulation avait été suffisante.

Dans le cas que j'ai présenté à Lyon il y avait béance et mon traitement ne portait alors que sur les dents. Quand le sujet lui-même est prognathe par suite de la race, vous ne pouvez pas avoir la prétention de le corriger ; vous ne pouvez corriger qu'un prognathisme artificiel du maxillaire — comme c'est le cas ici — ou des dents.

M. Godon. — Le terme prognathe se trouve justifié dans une certaine mesure.

M. Lemerle donne lecture d'une demande d'admission dans la Société présentée par M. le Dr Carnot, de Matanzas (île de Cuba).

V. — Un accident grave local de la première dentition, par M. le Dr Frey.

M. le Dr Frey donne lecture d'une communication sur ce sujet. (Voir *Travaux originaux*, n° du 30 mars.)

Sur la proposition de *M. Lemerle*, la prochaine séance de la Société est reportée du 4 avril au 11 avril à cause de la fête de Pâques.

L'assemblée se sépare à 11 heures.

Le Secrétaire général,
Choquet.

4me CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL
SESSION DE LYON
12, 13, 14 août 1898.

DE L'INTERVENTION DANS LES CAS D'ABCÈS ET DE FLUXION [1]

Rapport présenté par M. le Dr E. Sauvez.
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris,
Dentiste des Hôpitaux.

(Suite)

SIXIÈME CHAPITRE.

DE L'OPPORTUNITÉ DE L'ÉPOQUE DE L'INTERVENTION.

Nous allons examiner dans ce chapitre si, l'intervention étant décidée, c'est-à-dire l'extraction de la dent ou l'incision de l'abcès étant décidée, nous devons agir rapidement ou attendre.

1° *De l'opportunité de l'intervention.*

Cette question a déjà été posée l'année dernière, au Congrès de Paris, par notre confrère Mendel Joseph.

Après un simple exposé des faits, très net et sans partialité, il suppose un ouvrier, atteint d'une fluxion du type de celle que nous avons décrite sous le nom de fluxion phlegmoneuse (2e phase), venant consulter à l'hôpital. Il s'agit d'une dent dont l'extraction est décidée et il posait la question suivante : Doit-on pratiquer l'extraction immédiatement ou attendre que l'abcès ait évolué ?

M. Joseph faisait suivre cette question de considérations très justes sur les avantages de l'extraction immédiate.

La lettre dans laquelle la question était ainsi posée fut envoyée à plusieurs chirurgiens, parmi lesquels cinq professeurs répondirent.

MM. Terrier et Tillaux penchèrent pour l'intervention précoce, MM. Berger et Duplay conseillèrent d'attendre, et le cinquième, M. le professeur Le Dentu, dans une lettre très intéressante, expliqua son opinion, la variant suivant les cas divers, mais se montrant d'une façon générale partisan de l'extraction.

Nous avons, à ce moment, dit ce que nous pensions sur ce mode d'interview. D'une part, cette question touche de plus près à la pathologie dentaire qu'à la pathologie chirurgicale, et tout en trouvant très intéressant d'avoir l'avis de maîtres éminents, tels que ceux que nous venons de citer, sur une question de cette importance,

(1) V. nos des 30 décembre 1898, 28 février, 15 mars et 15 avril 1899.

nous pensons et nous avons vu par ce qui précède qu'il est impossible, en deux lignes, de donner un avis, un vote par oui ou par non sur un tel point.

C'est du reste ce que pensèrent M. Berger, qui dit que *la question est bien délicate,* et M. Tillaux qui dit qu'il ne croit pas sage de formuler une règle *générale* de conduite.

De plus, les malades que voient les chirurgiens ne sont pas les mêmes que ceux que nous voyons, ou plutôt ils les voient avec des complications graves, tandis que nous les voyons en général avant cette époque.

Quand un malade est atteint d'une fluxion phlegmoneuse, telle que celle que nous avons décrite, il va consulter un dentiste et, dans l'immense majorité des cas, l'extraction pratiquée à ce moment, arrêtera l'évolution de la phlegmasie, comme nous l'avons dit plus haut.

Quand un malade va consulter un chirurgien, soit à l'hôpital, soit en ville, c'est parce qu'il est gravement atteint, a une infection déjà généralisée et nous concevons très bien que des chirurgiens, habitués à voir des malades atteints de phlegmons ou d'abcès volumineux, suite d'accidents d'origine dentaire, pensent qu'il faut se préoccuper avant tout d'ouvrir le phlegmon ou l'abcès. La dent vient ensuite dans leur pensée, et nous le comprenons.

Nous sommes d'ailleurs bien persuadé, comme nous l'avons dit à ce moment, que, si ces cinq chirurgiens éminents avaient été appelés en consultation auprès d'un malade donné, leur avis aurait été uniforme.

La discussion qui eut lieu montre nettement que la plupart des membres qui y assistaient étaient partisans de l'intervention précoce.

Nous considérons donc, nous appuyant en cela sur notre expérience, sur l'opinion de la plupart des confrères qui ont pris la parole sur ce sujet, sur l'opinion même de nos maîtres Terrier, Tillaux et Le Dentu, que cette question est jugée et que, dans les cas où l'extraction est décidée, cette opération doit être faite immédiatement.

Nous allons voir quelques cas connus et publiés dans différents auteurs, qui appuient notre opinion.

A. *Des accidents causés par infection grave des maxillaires, guéris par l'extraction.*

Porre, au Congrès international de 1887, a relaté onze cas de pyémie d'origine dentaire. Tous ces cas furent guéris par l'extraction judicieuse de la dent.

Baker cite un cas d'abcès métastatiques, formés dans différentes parties de l'organisme et qui guérirent par l'extraction de racines pathologiques.

Piétrzikowsky parle d'une ostéomyélite aiguë accompagnée de nécrose de la paroi externe de la branche montante. Cette ostéomyélite fut jugulée par l'extraction.

Schmid rappelle une nécrose partielle de la moitié inférieure gauche du maxillaire, consécutive à une pulpite septique traumatique. La guérison ne fut complète qu'après l'expulsion de 70 séquestres.

Harrisson Allen cite le cas d'un jeune homme à qui l'on avait obturé les racines d'une dent de sagesse et qui eut, à la suite de l'otite suppurée, de la périostite du maxillaire. Le pus avait fusé entre les faisceaux du mylo-hyoïdien. Il y avait en même temps tendance à la septicémie. L'extraction fut décidée et le malade vit tous les accidents disparaître.

Nous ne citerons pas d'observation personnelle à ce sujet, car nous pensons que tous les dentistes ont chacun une quantité d'observations de leur pratique dans lesquelles la guérison eut lieu après l'extraction précoce chez des malades atteints de fluxion phlegmoneuse et d'infection grave.

Tous ont vu également des accidents sérieux survenir chez des malades qui avaient trop attendu avant de consulter.

Nous tenons toutefois à citer l'observation suivante, due à l'obligeance de notre confrère et ami M. Choquet, et qui est surtout intéressante par les expériences bactériologiques qui l'accompagnent.

2° observation due à M. Choquet. — M. X. professeur à l'Ecole Centrale vient me trouver pour lui terminer l'obturation d'une dent de sagesse inférieure gauche, qui a été traitée trois mois auparavant par un dentiste de province. Il existe à ce moment une obturation provisoire à la gutta. Le traitement de la chambre pulpaire, ainsi que des canaux radiculaires, a été très judicieusement fait. Il n'existe aucune odeur. Le malade devant revoir son dentiste quelques jours plus tard, je lui conseille de faire faire l'obturation définitive par celui-ci. Nouvelle obturation à la gutta. M. X. est un homme de haute taille, maigre, travaillant beaucoup et atteint de temps à autre d'accès de fièvres palustres contractées à l'étranger.

Huit jours après la nouvelle obturation à la gutta, le malade revient me trouver. J'ai peine à le reconnaître, tellement il est changé. Il a une fièvre atteignant 39° 6, de la périodontite, de la périostite du maxillaire. Les ganglions sous-maxillaires sont fortement engorgés. Difficulté de la déglutition, les amygdales du côté correspondant étant hypertrophiées. De plus, insomnie complète, diarrhée profuse, vomissements, évanouissements par instants.

Vu la gravité de l'état, je conseille au malade l'extraction de la dent, lui laissant entendre qu'il n'y a pas de temps à perdre, quoique

les accidents généraux ne datent que de *douze heures* environ. Quoique très pusillanime, le malade se décide pour l'extraction. Celle-ci est faite sur le champ et de grands lavages antiseptiques tièdes sont faits dans l'alvéole. Le malade repart chez lui, accompagné de son médecin, ami commun. A la suite de l'extraction il y eut une terrible crise de fièvre, la température monta à 40°4, du délire s'ensuivit. Il y eut encore une ou deux évacuations diarrhéiques qui cessèrent au bout de six heures. Les phénomènes inflammatoires diminuèrent peu à peu d'intensité et, au bout de 15 jours, tout était rentré dans l'ordre.

Le côté le plus intéressant de la question est le suivant : aussitôt l'extraction faite, je fendis la dent en deux, en la maintenant dans du papier stérilisé au four à flamber, et les morceaux obtenus furent plongés à l'instant même dans un tube de bouillon peptoné que je plaçai à l'étuve. Il était à ce moment 5 heures du soir. A 8 heures, le bouillon était absolument trouble. Le lendemain matin, en ouvrant l'étuve pour examiner la culture, quel ne fut pas mon étonnement en trouvant mon tube de bouillon présentant une fermentation si énergique que le bouchon d'ouate avait sauté pendant la nuit sous la pression des gaz formés ! Malgré cette condition défavorable, je pris deux souris blanches auxquelles j'injectai dans le pli interne de la cuisse, à l'une 2 gouttes, à l'autre 4 gouttes de ladite culture.

Les deux souris commencèrent à se mettre en boule un quart d'heure après l'inoculation. L'infection se produisit rapidement, d'une façon foudroyante, puisque les deux souris moururent toutes deux *quatre heures* après l'inoculation et à un quart d'heure d'intervalle. A l'autopsie, la rate, le foie, les poumons étaient absolument noirs. Le sang contenu dans les cavités cardiaques était de même couleur. Ayant fait un prélèvement de celui-ci, je pus reconnaître deux espèces de microbes, l'un en forme de coccus, l'autre en forme de bacille. Ces deux microbes ne prenaient pas le Gram.

Ensemencés dans divers milieux nutritifs, ils poussèrent assez difficilement. L'un ne liquéfiait pas la gélatine, l'autre au contraire la liquéfiait très rapidement.

Ils avaient tendance à pousser beaucoup plus énergiquement lorsqu'ils étaient ensemencés dans un milieu privé d'oxygène.

Ces deux espèces ont conservé leur virulence pendant trois passages successifs, puis, un jour, ils ont fini par ne plus pousser. Je regrette vivement de n'avoir pu les identifier ; néanmoins, l'observation semble très intéressante et nous prouve que, dans ce cas, l'extraction était absolument indiquée. Qui sait, si nous avions attendu quelques heures de plus, si notre malade n'aurait pas eu le même sort que les souris que nous avions inoculées ?

B. *Des accidents consécutifs à une extraction tardive.*

Nous venons de citer quelques exemples d'accidents généraux graves guéris par suite de l'intervention du dentiste.

Voyons maintenant les cas de terminaison fatale pour avoir trop attendu.

Zakharevitsch cite deux médecins très bien portants qui moururent, l'un le sixième, l'autre le dixième jour, après l'extraction de la seconde grosse molaire inférieure gauche.

D'après l'auteur, on doit ici incriminer les instruments employés comme facteurs de la terminaison fatale.

Baume parle d'un jenne homme mort de pyémie le lendemain d'une extraction. Le malade, dans ce cas, souffrait d'un abcès chronique de la gencive.

Delestre rapporte des cas de méningite à terminaison fatale ayant eu pour origine l'extraction de dents fortement cariées.

Von Mosetig Moorhof a noté quatre cas d'inflammation du maxillaire, accompagnés de phlébite suppurée et terminés par la mort. La cause résidait dans deux racines gâtées, que l'on avait laissées en place.

Von Melnitz cite le cas d'une malade de quarante-trois ans à laquelle on avait extrait huit jours avant quelques vilaines racines. Cette dame, qui était enceinte, mourut après une agonie terrible. L'autopsie démontra qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une méningite ayant eu pour point de départ les dents extraites trop tardivement.

Poncet a vu des cas d'ostéite suivis d'infection généralisée et se terminant par la mort. Les dents n'avaient pas été extraites.

Fripp rapporte un cas d'abcès du cerveau terminé par la mort. Une dent malade laissée dans le maxillaire en est la cause.

Coopmann. — Enfant de huit ans. — Décès pour ne pas avoir extrait une dent malade.

Marshall cite un cas de gangrène emphysémateuse occasionnée par l'évolution d'une dent de sagesse inférieure gâtée au quatrième degré. Mort.

Nous arrêtons ici cette trop longue liste d'accidents à terminaison fatale pour faire quelques réflexions à ce sujet.

Nous ne citons pas, à dessein, les cas publiés dans ces derniers temps, qui sont connus de tous, cas de Panas, etc.

Nous ne citons pas non plus les cas relatés par Magitot (Art Dent. Dictionnaire Dechambre), auxquels il est facile de se reporter.

Ainsi donc, nous pensons que, dans la plupart de ces cas, les accidents graves, et même mortels, qui sont survenus, ont été causés par un trop grand retard apporté à l'intervention.

2° *De l'opportunité de l'ouverture de l'abcès.*

On a vu dans le chapitre précédent que nous sommes partisan de l'extraction précoce, quand cette opération est décidée. Nous serons, au contraire, très réservé pour l'ouverture des abcès d'origine dentaire et nous pensons que leur ouverture précoce, avant que le pus soit collecté, doit être condamnée. En un mot, nous sommes partisan d'attendre, pour ouvrir un abcès, que celui-ci soit mûr, suivant l'expression consacrée.

Dans les débuts de notre pratique, nous pensions que l'ouverture précoce de la région où l'abcès était en voie de formation était rationnelle ; nous pensions, grâce à l'hémorragie, décongestionner les tissus phlogosés, grâce à l'ouverture, donner issue au pus, favoriser le retour à l'état normal, et, même en admettant que notre incision n'allât pas jusqu'à la collection purulente, encore éloignée, nous pensions préparer ainsi la voie à la migration du pus, en allant au-devant de lui.

L'expérience nous a démontré que cette méthode devait être rejetée, et nous avons constaté que le passage du pus dans une région où nous avons ouvert les vaisseaux sanguins et lymphatiques amenait parfois des accidents d'infection secondaire très graves.

Parmi les observations que nous avons sur ce sujet, nous en choisirons une qui nous paraît typique.

Observation: Une jeune fille de 20 ans, très bien portante, nous est adressée par un confrère, le Dr P... A la suite d'une obturation trop rapide d'une carie du quatrième degré de l'incisive centrale supérieure droite, pratiquée sans avoir antiseptisé suffisamment cette dent, la malade vient nous trouver, avec une fluxion considérable au niveau de cette dent. L'obturation avait été pratiquée la veille. Dans le fond du cul-de-sac gingivo-labial la muqueuse est rouge, injectée et, en plaçant un doigt à ce niveau et un doigt au niveau du pli cutané naso-génien, nous percevons assez loin la fluctuation. La dent ayant été désobturée, nous pensons devoir faire tous nos efforts pour conserver l'organe et avancer l'évolution de la phlegmasie et nous nous décidons à pratiquer une incision précoce.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques désirables, nous faisons une première incision assez profonde, mais il ne s'écoule que du sang. Une deuxième incision plus profonde nous amène dans le foyer de l'abcès et le pus s'écoule. Nous lavons l'abcès et nous disons à la malade de revenir dans quelques jours pour soigner sa dent, quand les symptômees aigus auront disparu, ce que nous pensons ne pas devoir tarder.

2e *jour* : La malade revient, elle n'a pas été soulagée ; bien au contraire, elle a souffert toute la nuit, la fluxion a augmenté, toute la

région est œdématiée. L'incisive causale est allongée de 2 à 3 millimètres, absolument mobile, très douloureuse. En un mot, et sans plus de détails, état local et général graves. Nous nous décidons à l'extraction ; la dent vient sans effort. Grands lavages ; antisepsie soignée et continue par des injections répétées.

3e *jour* : La malade revient ; tout va de plus en plus mal. L'incisive latérale et la canine sont aussi mobiles que l'était la veille l'incisive centrale. Ostéite suppurée de toute cette région ; le stylet introduit par l'alvéole de l'incisive centrale passe au-delà de la racine de l'incisive latérale. Devant la gravité des symptômes généraux, et persuadé que les racines de ces deux dents allongées et très chancelantes baignent dans le pus, nous n'hésitons pas à pratiquer leur extraction. Cautérisation ignée. Curetage. Lavage au chlorure de zinc à 1/100. Nous faisons tout notre possible pour arrêter l'évolution de l'ostéite suppurée.

4e *jour* : La malade a du délire ; la joue n'a pas dégonflé ; elle n'a ni dormi ni mangé ; température très élevée, frissons. Nous ne voyons pas la malade, qui n'a pu se lever.

5e *jour* : Nous allons la voir. La nécrose marche à pas rapides. La première prémolaire, la deuxième, la première grosse molaire, la deuxième sont dans le même état que les dents précédentes. Le stylet touche des parties rugueuses, déjà mobiles. Extraction de ces quatre dents chancelantes, curetage des maxillaires. Toutes les dents enlevées étaient déjà dépourvues de ligament dans la moitié de leur hauteur, du côté du sommet de la racine.

A partir de cette époque, les accidents aigus cessèrent ; tout rentra peu à peu dans l'ordre. La malade élimina une grande quantité de séquestres et elle en éliminait encore quatre mois après.

Nous avons souvent pensé qu'il s'était agi dans ce cas d'une infection produite par des microbes d'une extrême virulence, et peut-être cette évolution si rapide d'accidents graves amenant en cinq jours la perte de toutes les dents du maxillaire supérieur droit et la nécrose de tout le bord alvéolaire correspondant n'a-t-elle pas d'autre cause ? Peut-être l'incision précoce que nous avons faite n'est-elle pas la cause de cette marche brutale, et faut-il en chercher toute la raison dans une espèce microbienne d'une virulence particulière ? Il y aurait dans ce cas, non pas une relation de cause à effet, mais une simple coïncidence.

Toujours est-il que dans l'immense majorité des cas, chez un sujet se présentant dans l'état où se trouvait notre malade le premier jour où elle vint nous consulter, il suffit, en général, de guider l'évolution de l'abcès, et le plus souvent même cette marche se fait très normalement sans aucune intervention. Un jour ou deux après, le pus est superficiel. C'est un cas très fréquent et qui se termine en général

très bien. Or, précisément dans ce cas particulier où nous avons cru devoir faire une incision précoce, de graves complications sont survenues.

Nous n'avons pu nous empêcher de faire ce rapprochement.

Mais, nous objectera-t-on : si vous n'êtes pas partisan de cette incision précoce, en vous basant sur ce fait que les vaisseaux sanguins et lymphatiques ouverts par cette incision peuvent servir de véhicule aux agents infectieux, vous devriez de même être réservé au sujet de l'extraction, puisque, dans ce cas, il y a également plaie, d'où possibilité d'infection.

Nous pensons que les deux opérations ne sont pas comparables et que les bons résultats produits par l'extraction précoce tiennent surtout à ce que le centre de l'infection, c'est-à-dire la pointe de la racine, est supprimé par le fait même de l'opération.

Nous avons, dans plusieurs autres cas, constaté de même que l'incision précoce ne donnait pas les résultats que l'on pouvait espérer.

Aussi conseillerons-nous, pour résumer ce chapitre, l'extraction précoce, l'ouverture de l'abcès tardive, c'est-à-dire quand le pus est bien collecté et qu'il est superficiel.

(A suivre).



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. le Rédacteur en chef, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

J. Potarca. *Traitement des pseudarthroses et de certaines fractures osseuses par la prothèse métallique interne.* — Presse Médicale, 19 *avril* 1899, *p.* 187.

ANALYSE

M. J. Potarca (de Bucharest) publie dans cet article deux observations intéressantes de prothèse métallique, temporaire.

Il commence par un exposé historique du procédé dont il parle, auquel nous prendrons la liberté de faire quelques petites critiques.

Il attribue la paternité de la méthode à Dreesmann, qui en 1892, encouragé par l'innocuité avec laquelle on abandonne dans les tissus des fils métalliques, aurait tenté le « plombage » des caries osseuses. Son exemple aurait été « imité », et parmi ces « imitateurs » est nommé M. Martin.

Un peu plus loin il est dit que, « poursuivant » ces tentatives, Martin, Letievant, Poncet, etc., etc., tentèrent de remplacer des pertes de substances plus ou moins étendues, soit des deux maxillaires... etc.

Cet historique renferme deux erreurs qu'il importe de rectifier.

D'abord il est une question de dates qui suffit à régler la question.

L'auteur assigne 1892 comme date du début de la méthode. Il en attribue l'honneur à Dreesmann et cite Martin comme un des continuateurs de cet expérimentateur.

Or, tous les dentistes le savent, l'ouvrage de M. Martin, *De la prothèse immédiate,* date de 1889 et rapporte nombre d'observations dont la première remonte à 1878.

Voilà donc un point acquis. C'est le plus important. Mais l'autre a pour nous un intérêt particulier.

On remarquera que notre confrère, M. Martin, est cité parmi un certain nombre de chirurgiens, sans que rien indique qu'il s'agit là d'un spécialiste bien défini.

D'aucuns pourront penser que cette confusion est tout à l'avantage de M. Martin et des dentistes. Mais nous qui estimons n'avoir pas à rougir de notre profession et n'avoir rien à gagner à renier notre

autonomie, nous regrettons qu'à l'heure actuelle le public médical ne puisse encore accorder l'attention qu'ils méritent aux travaux d'un dentiste qu'à condition d'oublier la qualité de l'auteur.

C'est ainsi encore que la prothèse d'une moitié supérieure de l'humérus est attribuée uniquement à Péan. Il nous semble cependant que notre confrère, M. Michaëls, fut en la circonstance le collaborateur tout au moins du chirurgien et qu'il y a quelque injustice à passer son nom sous silence.

Nous devons déclarer d'ailleurs que cette critique ne s'adresse pas personnellement à l'auteur du travail que nous analysons. Son exposé historique simple et sans parti pris semble être le reflet d'idées courantes sur la question. Mais c'est précisément ce que nous estimons dangereux et c'est contre cette légende en voie de formation que nous croyons que doivent protester les dentistes.

Cela dit, résumons rapidement les deux observations intéressantes que rapporte M. Potarca.

La première a trait à un soldat atteint d' une pseudarthrose de la clavicule gauche produite par le manque de consolidation d'une fracture de cause directe.

L'opération consista à réséquer les dépôts ostéophytiques inter et périfragmentaires et à sculpter dans les deux fragments juxtaposés une place pour une plaque métallique de 2 cm. 1/2 sur 1 cm. et légèrement convexe sur sa face externe. Cette plaque fut fixée par quatre vis.

Une trentaine de jours après, la consolidation étant jugée suffisante, la plaque fut enlevée et la plaie fermée.

Les douleurs et l'impotence fonctionnelle ayant complétement disparu, le malade reprit son service militaire. Il fut revu deux ans après, aucune marque d'infériorité fonctionnelle n'était appréciable entre le bras gauche et son homologue.

La seconde observation est celle d'un autre soldat qui, atteint par une grande roue dentée tournant très rapidement, fit plusieurs tours sur son axe et qui, outre d'autres lésions, souffrit de cet accident une fracture de la partie moyenne de l'humérus.

La pseudarthrose semblant inévitable, la même opération que dans le cas précédent fut faite avec cette modification que, par suite de l'état de l'os, la résection porta sur une étendue de près de 4 cm. A cause de cette circonstance le résultat fonctionnel fut un peu moins parfait que dans la première intervention.

Un point intéressant de ces deux faits est que le métal employé a été le *nickel pur*. Un peu impressionnés par les mauvais résultats du nickel *dans les dents* et dans la bouche, nous n'avons guère songé, croyons-nous, à l'utiliser en prothèse immédiate. Cependant sa substitutionau platine iridié généralement employé constituerait une

économie des plus appréciables. Les faits de M. Potarca semblent en démontrer la possibilité.

L'auteur conclut :

1° Que la prothèse métallique interne est à recommander quand la consolidation n'a pu être obtenue par des moyens moins radicaux ;

2° Qu'elle ne provoque aucune complication si les règles de l'asepsie sont observées, si l'appareil prothétique est stérilisable et incapable de se décomposer en sels toxiques ;

3° Que grâce à l'emploi des Rayons X qui permettent de se rendre compte de l'état d'une fracture on pourra être amené à l'employer comme méthode de traitement initiale dans les cas voués par avance à la pseudarthrose. On y gagnera une consolidation plus précoce et plus solide et, en évitant les grandes résections secondaires, un résultat fonctionnel plus parfait.

De ces conclusions qui nous semblent des plus acceptables, nous tirerons une fois de plus, à notre usage, cette déduction déjà formulée, mais qu'on ne saurait encore trop répéter, que, dans un avenir assurément tout proche, le dentiste aura maintes occasions de prêter au chirurgien l'aide et la collaboration de cette prothèse dont certains ont voulu faire pour lui le stigmate d'une infériorité sociale.

GEORGES MAHÉ.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1899

MM. **Lemerle**, ✿, *président*.
Dr **Sauvez**, *vice-président*.
L. Richard-Chauvin, ✿, *vice-présid.*

MM. **Choquet**, *secrétaire général*.
Jeay, *secrétaire des séances*.
Dr **Pitsch**, *secrétaire des séances*.

MM. **Meng** ✿.
Touvet-Fanton.
} *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey et Poinsot.**

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1899

BUREAU

M. **d'Argent**, ✿, *président*.

MM. **Richard-Chauvin**, ✿, *vice-président*.
Coignard, *vice-président*.
De Marion, ✿, *secrétaire général*.

MM. **Prével**, ✠, *secrétaire adjoint*.
Rollin, ✿, *trésorier*.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.** ✵, ✿, **Poinsot** ✿.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Billet**, **Claser** ✠, **Godon** ✿, **Lemerle**, ✿, Dr **Maire**, **Devoucoux**, **Martinier**, ✿, **Ed. Papot**, ✿, **Paulme**, **Stévenin**, **Viau**, I. ✿.

PROVINCE *(Nord-Est)*.

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. Dr **Martin**, ✵ (Lyon), **Schwartz** ✿ (Nimes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr) ✿, **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit** (**A.**), **Gardenat**, **Pillette**, **Wiesner**, ✵, ✿.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire* ; **Billet**, **De Marion**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin**.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

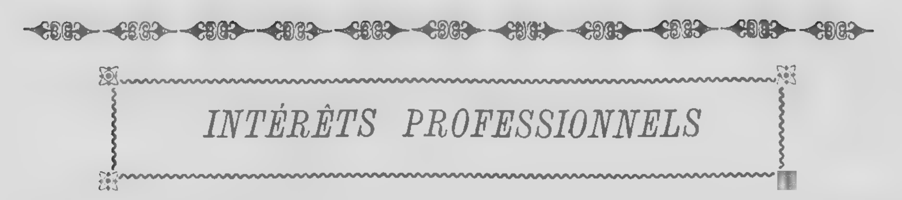
Service gratuit de *L'Odontologie*.

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union* :
15 0/0 de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.



INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ÉVOLUTION DE L'ART DENTAIRE EN FRANCE [1]

Conférence faite à Bruxelles le 25 février 1899.

Par M. le Dr Maurice Roy,
Dentiste des Hôpitaux,
Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

(Suite)

Pour organiser cet enseignement officiel, il fallait des fonds : un crédit spécial fut inscrit au budget. Les défenseurs des écoles exposèrent devant la Commission du budget les dangers pour les institutions libres existantes de la fondation projetée, l'insuffisance de cette fondation et les sommes considérables que l'enseignement officiel entraînerait, tandis que les Ecoles libres étaient toutes disposées à continuer comme par le passé à donner cet enseignement sans demander un sou à l'Etat, celui-ci conservant toujours son contrôle par les trois examens subis devant la Faculté.

Ces arguments furent accueillis favorablement par la Commission et par les Chambres, la demande de crédit fut rejetée et le gouvernement dut renoncer à son projet d'organisation officielle de l'enseignement. Comme le lui avait conseillé la Commission du budget, il résolut de se servir des écoles libres, qu'il autorisa par un décret du 31 décembre 1894 à délivrer des inscriptions à condition de remplir les conditions suivantes :

Article 1er — Peuvent délivrer les inscriptions exigées en vue de l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste les établissements libres d'enseignement supérieur dentaire qui justifient :

1° Que leur enseignement comprend au moins un cours d'anatomie, un cours de pathologie, un cours sur la pathologie et la thérapeutique spéciales de la bouche, un cours de clinique dentaire ;

2° Que leur personnel enseignant comprend au moins trois docteurs en médecine ;

3° Qu'ils disposent au moins d'une salle de cours, d'une salle de clinique, d'un laboratoire d'histologie et de bactériologie, d'une salle de dissection anatomique, le tout muni des instruments et appareils nécessaires à l'enseignement et aux travaux pratiques des élèves. »

C'était là, vous le voyez, la reconnaissance officielle des écoles dentaires libres.

---

1. V. *L'Odontologie* des 15 et 30 avril.

Ainsi donc se trouvait sauvée l'œuvre entreprise depuis quinze ans par les dentistes français, grâce à l'organisation puissante et féconde de l'École dentaire de Paris qui, la plus ancienne et de beaucoup la plus importante des deux écoles existantes, avait toujours pris la direction du mouvement professionnel.

Si la collation du grade officiel échappait aux écoles libres par suite des examens d'État, ces écoles conservaient l'enseignement, la direction des études et le contrôle de celles-ci par les examens qu'elles font subir à la fin de chaque scolarité. Il ne dépend donc plus que d'elles de maintenir à un niveau convenable les études théoriques et pratiques, incitées qu'elles y sont par cette concurrence légitime qui est l'âme du progrès.

Telles sont donc les conditions d'enseignement qui régissent actuellement l'art dentaire en France. Comme en 1880, les dentistes exerçant aujourd'hui se divisent en trois catégories, mais dans des conditions différentes :

1° Les dentistes exerçant en vertu des dispositions transitoires, de beaucoup les plus nombreux encore pour de longues années si l'on en juge par ce qui s'est passé en Angleterre dans des conditions analogues ;

2° Les dentistes pourvus du nouveau diplôme de la Faculté de médecine, qui sont maintenant dans l'obligation de passer au préalable par les écoles dentaires libres ;

3° Les dentistes médecins qui, comme par le passé, ne sont pas tenus à la justification de connaissances techniques. Un petit mouvement se dessine cependant à cet égard, et, récemment, l'administration de l'Assistance publique de Paris a décidé d'exiger le diplôme de chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine des candidats aux places de dentiste des hôpitaux où ne peuvent être nommés que des docteurs en médecine. Du reste, nombre de médecins se destinant à l'art dentaire comprennent la nécessité de connaissances techniques et viennent s'inscrire dans les écoles dentaires.

Celles-ci, assurées de leur avenir, ont pu poursuivre leur développement progressif, dont vous pourrez avoir une idée par le nombre des élèves actuellement inscrits à l'Ecole dentaire de Paris, qui en compte cette année près de deux cents et qui a dû de nouveau s'agrandir en se faisant construire l'année dernière, rue de la Tour d'Auvergne, des bâtiments spécialement aménagés et qui cependant, malgré des plans conçus très larges, se trouvent déjà trop étroits.

La Société de l'École dentaire de Paris compte 450 membres français ou étrangers. Sur l'initiative de mon regretté ami Dubois, des congrès nationaux annuels ont été organisés et, en dehors des réunions mensuelles des deux sociétés existantes, des congrès ont lieu chaque année dans les différentes villes de France, afin de per-

mettre aux dentistes de toutes les régions de se mieux connaître, d'échanger leurs méthodes, leurs idées.

Ces réunions entraînent la constitution de groupements régionaux ; Bordeaux, siège du premier congrès dentaire national a, depuis cette époque, une école dentaire ; à Lyon, siège du dernier congrès, une école est en formation.

L'Ecole dentaire de Paris, de concert avec l'Ecole odontotechnique et les diverses sociétés françaises, après avoir organisé avec le plus grand succès un congrès international en 1889, en organise un nouveau en 1900, pour lequel je suis chargé de vous faire une invitation officielle et auquel j'espère que nous aurons le plaisir de vous voir tous participer.

Si l'on compare cette situation, cette activité, avec le tableau que je vous ai fait, au début, des dentistes français en 1880, les initiateurs de ce mouvement prodigieux ont droit d'être fiers du résultat, et tout particulièrement mon bon ami Charles Godon, qui fut, je pourrais presque dire, le père de l'Ecole dentaire de Paris, et tous ceux qui travaillèrent avec lui à amener les dentistes français au point où ils en sont aujourd'hui.

Je voudrais maintenant, Messieurs, avant de terminer cette conférence, jeter un coup d'œil, si vous voulez bien me le permettre, sur la situation de l'art dentaire en Belgique.

Je n'ai pas l'intention d'insister longuement sur ce point ; je sais combien il est délicat pour un étranger d'aborder un sujet tel que celui-ci, les critiques, même les plus fondées, sont toujours un peu désagréables à entendre de sa part. Cependant cela vous paraîtra peut-être une conséquence naturelle de cette conférence et, tout en m'excusant de cette liberté, prise uniquement par intérêt confraternel, je voudrais brièvement examiner la situation qui vous est faite.

Si j'ai bien compris les conditions d'exercice de votre pays, il faut pour exercer « avoir fait un stage de deux ans chez un dentiste diplômé et subir un examen écrit de deux heures sur une question d'anatomie, de physiologie et de pathologie et une épreuve orale de quarante-cinq minutes, comportant un examen pratique sur le cadavre ou sur des personnes atteintes d'affections dentaires. »

Il me serait facile de critiquer une semblable organisation ; je l'ai fait du reste implicitement dans mon exposé de tout à l'heure en discutant la réglementation en France, et les critiques ne lui manquent pas non plus chez vous, si j'en crois les échos. Deux de vos confrères, les Drs Quinet et Van Blaeren, les formulaient déjà en 1886, infiniment mieux que je ne pourrais le faire, dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine :

« L'arrêté royal disaient-ils n'a modifié la législation antérieure que de deux façons : en unifiant le diplôme qui auparavant était provincial et ensuite en

exigeant des candidats un certificat de deux années de stage chez un praticien quelconque. Or, à la façon dont le recrutement des dentistes a été fait dans notre pays depuis tant d'années, on peut juger de ce que peut valoir cette disposition nouvelle. Quant au reste, les commissions médicales continuent à être investies d'un pouvoir dont elles ne sont pas les dernières à avouer l'incompétence absolue.

Comme matières d'enseignement, le programme ne comprend que des notions restreintes sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie, l'art du dentiste et la prothèse dentaire ; il est muet sur les études préliminaires et les branches dites accessoires; il l'est aussi sur l'anesthésie. Le candidat n'est tenu de fournir qu'un acte de naissance, un certificat de moralité, une quittance de paiement des frais d'examen et le certificat de stage mentionné plus haut. L'épreuve dure deux heures pour l'examen écrit et 45 minutes pour l'examen oral. Comme épreuve pratique, tout se borne — et pour cause — à l'extraction. Et encore celle-ci est-elle pratiquée sur le cadavre — quand il y en a — ce qui n'est pas toujours le cas dans certains chefs-lieux de province, voire même à Bruxelles...

Il est inutile de faire remarquer cependant que ce n'est pas une loi qui régit l'exercice de l'art dentaire, mais un simple arrêté royal révocable d'instant en instant, et que rien ne peut limiter en cette matière les pouvoirs ou l'indifférence du Département de l'instruction publique. Cette observation n'est faite ici qu'à seule fin d'établir que ce n'est pas par un arrêté royal, mais bien par une loi discutée et votée par les pouvoirs législatifs que nous espérons voir régir la profession dentaire[1].

Après cette critique,formulée par des gens intéressés,je crois qu'il n'est pas nécessaire d'insister. Je comprends que vous vous émeuviez d'un état de choses qui vous place dans une situation bien difficile si vous voulez acquérir les connaissances spéciales à votre art, n'ayant chez vous aucune organisation d'enseignement professionnel, et il est certain qu'un examen ainsi conçu est peu propre à inciter les candidats à de prodigieux efforts de travail et à élever beaucoup la valeur scientifique de votre art.

Qu'avez-vous donc fait pour modifier cette situation ? Quel remède vous propose-t-on ?

J'ai bien vu qu'un projet avait été étudié par la Société Odontologique et que ce projet, présenté à l'Académie de médecine en 1886, avait été l'objet d'un rapport favorable.

Ce projet,que j'ai lu,m'a paru fort intéressant, bien qu'il ne fût pas exempt de quelques critiques de détail, mais je ne vois pas très bien l'avantage qui en est résulté pour vous jusqu'à présent, à part la satisfaction d'avoir élaboré un projet bien classé dans des cartons administratifs.

Mais, par contre, ce que je vois, c'est que depuis douze ans vous êtes restés dans la même situation,avec ce changement toutefois qu'on

---

1. *Mémoire présenté à l'Académie de médecine sur la réorganisation de l'art dentaire et la création d'un enseignement odontologique par MM. les Drs Quinet et Van Blaeren in Revue Odontogique de Belgique*, 1886, *n° 7, page* 199.

présente aujourd'hui un avant-projet infiniment moins satisfaisant que celui que vous proposiez vous-mêmes autrefois.

Comme dans tous les projets à l'élaboration desquels les dentistes sont restés étrangers, on voit dans celui-ci s'allonger indéfiniment la liste des connaissances médicales exigées des candidats, alors que les connaissances techniques sont réduites au minimum, bien heureux encore quand on ne les supprime pas tout à fait. Il est vrai qu'étant donné ce que disait le rapport que je citais tout à l'heure sur l'incompétence absolue en la matière des commissions médicales, c'est à se demander si cela présenterait des inconvénients. Du reste, si je suis bien informé, il serait question de trancher les choses d'une façon tout à fait catégorique et de réserver aux médecins seuls l'exercice de l'art dentaire.

Hélas, Messieurs, cela est fatal et ne peut se passer autrement : l'Etat veut réglementer l'art dentaire, l'Etat n'a pas de dents à soigner, il ignore donc ce que c'est qu'un dentiste, il s'adresse tout naturellement à ses conseils médecins qui, eux, à leur tour, ne voient que le côté médical de la question, ignorant ce côté technique que seuls peuvent connaître ceux qui pratiquent les délicates opérations que nous faisons journellement, opérations si simples à voir faire et cependant souvent si difficiles qu'il n'est pas trop d'une habileté consommée pour les mener à bonne fin. Résultat : ces médecins font des projets d'enseignement et d'examens médicaux et non des projets d'enseignement et d'examens dentaires. Mais il y a la pratique, leur direz-vous ? Bah ! vous répondent-ils, c'est si facile, en quelques leçons on est passé maître, il suffit d'une épreuve sur le cadavre pour juger cela. Et c'est ainsi que, dans tous les pays indistinctement, quand l'organisation dentaire officielle s'est faite sans le concours des dentistes, elle a toujours eu pour base l'assimilation à l'art médical ou quelque chose d'approchant.

L'heure est grave pour vous et il est déjà tard pour commencer à lutter contre cette situation fâcheuse. Heureusement que, chez vous comme en France sans doute, les lenteurs parlementaires vous assurent un certain répit ; ne comptez cependant pas trop là-dessus ; souvenez-vous qu'en France la loi s'est trouvée votée à la Chambre avec une rapidité qui a dérouté toute action opposante des dentistes, qui n'ont plus eu que le recours devant le Sénat avec cette situation fâcheuse d'un texte déjà adopté par l'autre assemblée législative.

L'heure est donc grave, vous disais-je ; mais enfin, ainsi que je vous l'ai montré tout à l'heure, est-ce que nous n'avons pas été menacés des mêmes dangers que ceux qui vous menacent et cependant nous avons pu conjurer tous les périls, grâce à l'union, à l'initiative des membres de notre profession.

Nous avons d'abord fait notre réglementation nous-mêmes en créant un enseignement et un diplôme professionnels ; nous avons pu faire repousser une première loi et retarder de sept ans le vote d'une réglementation qu'il y avait intérêt, si l'on ne pouvait l'éviter, à retarder jusqu'à l'organisation plus complète de la profession et de l'enseignement.

Malgré nos efforts, une loi qui pouvait être très mauvaise est votée; mais, grâce à la puissance des résultats obtenus par l'initiative privée, nous parvenons à rendre aussi peu nocive qu'il est possible cette loi et à en obtenir toute la somme d'avantages qu'il était possible d'en tirer.

Croyez-vous que ces résultats auraient pu s'obtenir si le *Cercle des dentistes* en 1880 avait adopté la même attitude que la *Chambre syndicale de l'art dentaire*?

Eh bien ! Messieurs, ce que nous avons fait en France, pourquoi ne le feriez-vous pas en Belgique ? Les Belges ne sont pas inférieurs aux Français quand il s'agit d'organisation professionnelle ou universitaire.

Pourquoi ne vous organisez-vous pas vous-mêmes au lieu d'attendre la manne gouvernementale ? Avez-vous donc besoin de l'intervention des pouvoirs publics pour élever le niveau scientifique et moral de votre profession et croyez-vous qu'une loi soit nécessaire pour cela, croyez-vous même qu'elle soit efficace ?

L'art dentaire sera ce que vous voudrez qu'il soit et, qu'une nouvelle loi soit votée ou que le statu quo subsiste, c'est de vous seuls que vous devez attendre le relèvement professionnel.

L'Etat a la main lourde et fait toujours chèrement payer la protection qu'il accorde, en restreignant toujours plus ou moins étroitement la liberté de ses protégés.

Il est, dans tout état social organisé, des aliénations nécessaires de la liberté des individus et des sociétés ; mais, dans l'intérêt du développement de l'esprit humain et de l'activité humaine, cette aliénation de la liberté doit être bornée au strict nécessaire afin que l'homme s'accoutume à penser de lui-même et puisse, sans entraves, travailler à la conquête de l'idéal de l'humanité.

Il n'existe pas d'enseignement professionnel dans votre pays ; qui vous empêche de le créer vous-mêmes ? Vous avez des lois qui vous y autorisent et même plus libéralement que chez nous. Ce ne sont certes pas les professeurs qui vous feront défaut. Est-ce que vous n'avez pas parmi les praticiens expérimentés qui m'entourent les éléments nécessaires à la constitution d'un excellent corps enseignant où chacun, dans la mesure de ses forces et de ses aptitudes, apporterait sa pierre à l'œuvre commune ?

Craignez-vous de manquer d'élèves ? Calmez vos inquiétudes. Si

votre enseignement est bien constitué, ce dont je suis certain à l'avance, vous êtes sûrs du succès et les élèves viendront en foule, vous en aurez plus que vous ne voudrez.

Agissez, allez de l'avant et je suis certain que, le jour où quelques-uns d'entre vous auront pris cette cause en main, les concours leur viendront de tous les côtés, l'appui de tous les praticiens soucieux de l'avenir de leur profession ne pouvant leur manquer.

Voyez ce qui s'est passé en France. Tout se tient, et le jour où vous aurez créé une école vous aurez un lien commun qui vous unira étroitement. Tout le développement professionnel découle forcément de cette union.

L'école créée, elle délivre un diplôme, diplôme sans valeur légale, il est vrai, mais dont la valeur ne tardera pas à être reconnue du public pourvu que l'enseignement et les examens soient sérieux. Une sélection naturelle s'opère dans le corps proressionnel, le mauvais dentiste devient impossible.

Je vous ai chanté tout à l'heure le dithyrambe de la liberté ; mais, même si vous ne partagez pas mes idées à ce sujet, si vous pensez que l'intervention de l'Etat est nécessaire dans l'organisation de la profession, je vous dirai encore : organisez-vous d'abord quand même sans lui, c'est le seul moyen d'empêcher une organisation faussée et préjudiciable aux intérêts de la profession.

Isolés, vous n'êtes rien et n'avez aucune puissance ; groupés et avec des résultats palpables à faire valoir, vous êtes une force avec laquelle il faut compter. Pour discuter avec les pouvoirs publics, il est indispensable de représenter une puissance, sinon l'action sur ceux-ci est nulle ; je vous en ai montré des exemples au sujet de ce qui s'est passé en France.

Supposez un instant, avec votre réglementation actuelle, que le stage chez le dentiste soit remplacé obligatoirement par un stage dans une école dentaire créée par vous, où l'enseignement soit donné et contrôlé par vous, et dites-moi si, du coup, même avec les examens actuels si insuffisants, vous n'auriez pas franchi un grand pas ? Et ce n'est là qu'un point de la question que je vous signale.

Mais, quelque chose que vous entrepreniez, dites-vous bien que vous ne la mènerez à bien que par une union aussi étroite qu'il est possible de tous les dentistes, en faisant abnégation des personnes et en travaillant uniquement dans l'intérêt général. Que votre devise soit celle de l'école dentaire de Paris : UNION-PROGRÈS, et vous serez sûrs de venir à bout des obstacles qui pourront se dresser devant vous. C'est le souhait sincère qu'en terminant je vous adresserai au nom de vos confrères français.



Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs et nous nous tenons à la disposition des divers GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désirent porter à la connaissance du public professionnel.*

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

Session de Nantes 1899

A la suite des pourparlers entamés entre le Bureau central et nos confrères de la région de l'Ouest, il a été décidé que le Congrès de 1899 devant se tenir à Nantes était remis après l'Exposition Universelle de 1900.

Voici la lettre adressée par nos confrères nantais au Bureau central :

Nantes, 6 avril 1899.

« A Messieurs Richard-Chauvin, président du Bureau central, et Siffre, secrétaire-général.

« Messieurs et chers Confrères,

« Avant de prier MM. Hélot, de Brest, et Coignard, de Tours, de nous venir rejoindre à une première entrevue, qui devait elle-même être suivie d'une autre réunissant nos confrères des départements limitrophes, nous, soussignés, avons échangé nos impressions d'où il résulte que :

« Nous vous sommes reconnaissants de l'honneur que vous voulez bien nous faire, très heureux de voir un Congrès se réunir dans notre ville. Mais par cela même, désireux de lui donner le plus d'éclat possible, nous estimons qu'à la veille de celui de 1900 et au lendemain de celui de Lyon, notre Congrès qui souffrirait forcément de ces deux voisinages, aurait tout intérêt à être remis à plus tard. Ce désir que nous formulons sera, nous en avons la conviction, approuvé par nos confrères qui voudront bien comprendre le motif qui nous guide dans notre détermination.

« Et en leur adressant en vos deux personnalités notre plus vive gratitude, nous vous présentons, Messieurs et chers Collègues, l'expression de sentiments d'une parfaite confraternité.

« Dr Bennett, J. Cartier fils, Dr F. Dupas, A. Filliard, M. Dupas, V. Hervochon, Prévost, W. Peters, G. Sené, L. Wisner. »

Pour copie conforme :

A. Siffre,

Secrétaire général.

LA RÉGLEMENTATION EN BELGIQUE

Le *Moniteur belge* (Journal officiel) du 24-25 avril 1899 publie l'arrêté suivant :

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DES TRAVAUX PUBLICS

SERVICE DE SANTÉ, HYGIÈNE PUBLIQUE ET VOIRIE COMMUNALE

Art dentaire. — Examens.

LÉOPOLD II, Roi des Belges,

A tous présents et à venir, SALUT.

Vu la loi du 12 mars 1818 sur l'exercice des différentes branches de l'art de guérir ;

Revu l'arrêté royal du 31 mai 1880, réorganisant les commissions médicales provinciales, ainsi que l'arrêté royal du 30 décembre 1884 traçant les règles à suivre notamment pour l'examen de dentiste ;

Vu les propositions de la commission de révision des dispositions relatives à l'exercice de l'art de guérir, qui tendent à modifier profondément les conditions concernant les examens et la profession de dentiste et, en attendant que la loi consacre la réforme projetée, à renforcer notablement, dans les limites des pouvoirs accordés par la loi du 12 mars 1818, les études exigées des candidats dentistes ;

Sur la proposition de notre Ministre de l'agriculture et des travaux publics,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Art. 1er. La prescription du litt. B de l'article 2 de l'arrêté royal précité du 30 décembre 1884, relative au stage requis des candidats à l'examen de dentiste, est remplacée par l'obligation, pour ces candidats, d'être muni du diplôme de candidat en médecine, entériné conformément à la loi du 10 avril 1890, modifiée par celle du 3 juillet 1891, sur la collation des grades académiques.

Art. 2. Le présent arrêté n'est pas applicable aux candidats dentistes dont l'inscription en stage a été reçue par les commissions médicales antérieurement à la date de ce jour.

Art. 3. Notre ministre de l'agriculture et des travaux publics est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Laeken, le 24 avril 1899.

LÉOPOLD.

Par le Roi :

Le Ministre de l'agriculture et des travaux publics,

LÉON DE BRUYN.

DEUXIÈME CONGRÈS ODONTOLOGIQUE RUSSE

Le Comité d'organisation de ce congrès vient d'adresser aux dentistes russes la circulaire suivante :

Monsieur,

Le Comité d'organisation du 2e Congrès odontologique russe a l'honneur de vous informer que, sur le rapport du Ministre de l'Intérieur, l'Empereur a daigné autoriser l'organisation du 2e Congrès odontologique, qui se tiendra à Saint-Pétersbourg du 10 au 15 juillet 1899.

Le Comité, en vous en informant, vous prie de vouloir bien prendre une part active aux travaux de ce Congrès, dont le programme et les conditions suivent ci-après.

Le succès indiscutable du premier Congrès dentaire russe, au point de vue de l'union confraternelle et de la discussion des questions essentielles au développement de l'art dentaire, permet d'espérer du 2e Congrès des résultats encore bien plus importants. Les membres qui participèrent au premier congrès se souviennent sans doute de ces jours excellents passés à Nijni au milieu de leurs camarades d'art, pénétrés du désir d'élever bien haut le drapeau de leur profession et heureux de se sentir solidaires en ces aspirations avec toute l'assemblée. Et si le premier Congrès, comme toute œuvre nouvelle inspirant une certaine méfiance, n'a pas attiré un nombre désirable de confrères, on ne saurait avoir les mêmes appréhensions en ce qui concerne le 2e Congrès. Et comment ne pas compter sur l'intervention active du plus grand de nos spécialistes, quand les questions qui seront discutées à ce congrès constituent la pierre angulaire de l'organisation future de l'art dentaire en Russie ?

Considérant le programme du Congrès ci-joint, comprenant des questions scientifiques, des démonstrations de méthodes pratiques, des questions vibrantes d'honorabilité professionnelle, d'assistance mutuelle, etc., vous voudrez bien, Monsieur, reconnaître qu'il est de la plus grande importance que nous bénéficiions de l'autorisation que l'on nous a accordée de nous réunir, afin de discuter et d'accomplir tout ce qu'une seule individualité ne saurait faire et dont dépendent plus ou moins notre activité spéciale et le développement de l'art dentaire.

Préoccupé de procurer aux membres du Congrès le plus de profit au point de vue professionnel, le Comité d'organisation a invité des spécialistes éminents de l'étranger pour la démonstration des procédés d'aurification, des travaux de couronnes, des pièces à pont, etc. L'invitation a été acceptée par MM. Herbst, Miller, Telschwo.

Le Comité compte sur la collaboration active de tous les confrères pour assurer au Congrès une valeur scientifique et utilitaire et espère que tous ceux qui auront à faire soit une communication scientifique, soit une démonstration pratique, voudront bien faire connaître à la réunion les collections spéciales (livres, instruments, préparations anatomiques ou pathologiques) concernant telle ou telle branche de la dentisterie moderne ou servant simplement de matériaux à l'histoire du développement de l'art dentaire. — La démonstration de ces collec-

tions, en dehors de leur intérêt au point de vue du Congrès, servirait de base à la discussion de la question de l'organisation d'une bibliothèque et d'un musée permanents.

Pour assurer le succès du Congrès et pour procurer à ses membres toutes les commodités, le Comité a fait les démarches tendant à obtenir le voyage d'aller et retour gratuit pour les membres du Congrès. A notre regret, la question du voyage absolument gratuit a été résolue d'une façon négative par l'administration des chemins de fer. Néanmoins le Comité espère pouvoir obtenir dans ce sens quelques facilités et dans le cas d'une solution favorable il ne manquerait pas de vous en informer. Il va de soi que le Comité est également préoccupé de toutes les questions concernant le séjour à Saint-Pétersbourg de tous les membres de province, afin de le leur rendre aussi agréable et aussi confortable qu'il sera possible.

Pour s'inscrire, s'adresser à M. A. P. Linitzin, Neuski pr. 79, Saint-Pétersbourg.

Président : Prof. A. K. Limberg.
Vice-président : A. P. Linitzin.
Secrétaire : A. J. Koualeff.

Programme du Congrès.

I. Communications scientifiques et leur discussion.

II. Démonstrations de différents procédés de traitement des dents, d'instruments et autres accessoires employés en art dentaire.

III. Communications sur les conditions d'enseignement de l'art dentaire en Russie et à l'étranger et leur discussion.

IV. Communications sur la question de l'honorabilité professionnelle.

V. Communications sur la question de l'assistance mutuelle.

VI. Communication concernant l'organisation de l'assistance dentaire à la population.

VII. Organisation du 3e Congrès odontologique.

M. J.

Société dentaire américaine d'Europe.

Dans sa réunion d'août 1898, à Londres, la Société dentaire américaine d'Europe avait chargé une commission d'étudier les moyens d'améliorer la situation des gradués des écoles dentaires américaines exerçant en Europe. Cette commission a présenté un rapport à une réunion spéciale de la Société tenue à Bruxelles le 1er avril dernier, qui a pris entre autres les résolutions suivantes :

1° Approbation de la nomination par l'Association nationale des Facultés dentaires d'Amérique d'une commission des relations extérieures ;

2° Approbation de la création par ladite Association dans les divers pays d'Europe de Conseils consultatifs chargés d'examiner les titres des étudiants désireux d'entrer dans les écoles dentaires américaines ;

3° Obligation pour un étudiant étranger de connaître suffisamment

l'anglais pour suivre les cours qui précèdent les examens et interdiction de subir ceux-ci au moyen d'un interprète ;

4° Obligation pour un étudiant étranger d'être pourvu des diplômes voulus nécessaires pour son immatriculation dans son pays et visés par les dits Conseils consultatifs.

5° Nomination de Conseils consultatifs ne dépassant pas 3 membres, dont 1 au moins natif du pays ;

6° Constitution, dans la Société, d'une commission d'enseignement comprenant tous les membres de celle-là faisant partie du Conseil consultatif de la commission des relations extérieures de l'Association nationale en question.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie.* **5** »).

L'administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 **DANS VILLE DE 35,000 AMES,** *station hivernale* (à cette époque, population augmentée d'un 1/3), à vendre **Cabinet dentaire** en pleine prospérité. Résultats obtenus : première année 20,000, deuxième année 26,000, et actuellement 30,000 francs.

Prix 40,000 fr. dont 25,000 fr. comptant ou 35,000 fr. sans mobilier ni accessoires. Installation récente et de premier ordre. **Tour électrique**, etc., etc. Pour renseignements ; s'adresser Maison P.-A. Kœlliker et Cie, 58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris.

---

2 **UN JEUNE DOCTEUR** désire prendre quelques **leçons de prothèse**. S'adresser au Dr Thouvenin, à Bonnelles (Seine). 143-1)

---

3 **A CÉDER** dans des conditions *particulièrement avantageuses* excellent cabinet dans chef-lieu de département du *sud-ouest*. Pour tous renseignements s'adresser à M. Wenger, 22, rue du 4 septembre. (142-1)

---

4 **CABINET A CÉDER** *tout de suite*. Affaires 10,000 francs. Superbe installation, 47 ans d'existence, prix 6,000 francs. Écrire aux initiales A. X., aux soins de M. Ed. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (141-2)

---

5 M. Crispin, à Fléac, par Pons (Charente-Inférieure), achèterait d'occasion un **fauteuil d'opération** en bon état, pour dentiste. Lui écrire. (140 3)

---

6 **ON DEMANDE** pour ville du Midi, *station d'hiver*, un **très bon opérateur,** connaissant parfaitement l'aurification et possédant le diplôme d'une des Ecoles de Paris ou celui de la Faculté de Médecine. Ecrire aux initiales A. D. P. aux soins de M. Ed. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (139-3)

---

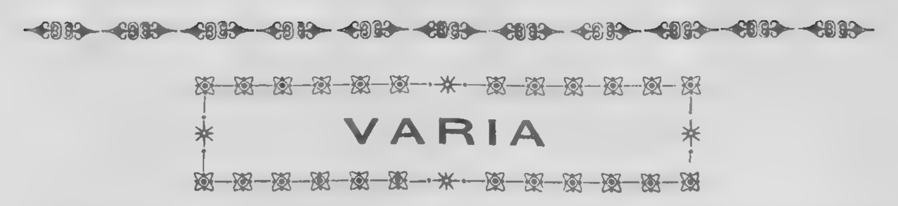
7 **JEUNE DOCTEUR** désire place d'opérateur à Paris de préférence chez un Dentiste désireux de céder son cabinet. Écrire aux initiales M. G., 35, rue Jacob, Paris. (138-4)

---

8 **COMPTABLE,** très au courant des écritures d'un dentiste, désire emploi fixe ou de quelques heures, ou travaux d'écriture. E. Husson, 100, rue Truffaut. (137-4)

---

9 **DENTISTE AMÉRICAIN,** gradué du Collège dentaire de *Philadelphie*, spécialité en *Crown and Bridge Work*, possédant les meilleures références, désire une place d'opérateur, honoraires 200 francs par semaine. S'adresser au Dr A. Chiavaro, Gen. del. Philadelphie, Pa. (134-6)



VARIA

Les deux dentistes, Vaudeville en trois actes de M. Henri Devillers (Nouveau-Théâtre).

Il me souvient que le Dr Isch-Wall, dans une de ses humoristiques conférences, avait esquissé un scénario où les principaux rôles comportaient des dentistes ; sa fantaisie fit sourire l'auditoire, car le dentiste, de création relativement récente, est rarement mis sur la scène et son apparition y semble étrange. Aussi nous faut-il noter — pendant qu'il en est temps encore, sa carrière devant être courte — le vaudeville que vient de nous donner M. Devillers au Nouveau-Théâtre.

Gaston Lambert, peintre en *veaux*, veut convoler en justes noces avec Alice Camina, fille unique de feu Camina, dentiste de père en fils depuis les générations les plus reculées. Mais la jeune fille ne doit, comme il est de tradition dans la famille, épouser qu'un dentiste et madame veuve Camina, une matrone intransigeante, veille à l'accomplissement de ce vœu, à la grande désolation des deux amoureux. Comme solution, Gaston Lambert va trouver un M. Aristide Bérard, dentiste sans clients, et moyennant mille francs obtient de celui-ci la cession de son cabinet pour une journée, ce qui lui permettra de passer pour un confrère aux yeux de Mme Camina et d'obtenir ainsi la main de sa fille. Il est facile d'imaginer la série de quiproquos, qui vont surgir de cette situation invraisemblable. Le faux Aristide Bérard donne des consultations, fait une extraction non sans accrocs, est saisi par un huissier, souffleté par un commandant dont son sosie ornait le front de bois trapus.

Finalement tout s'arrange au mieux des désirs des deux jeunes gens.

Les trois actes se passent dans le cabinet du dentiste avec, au premier plan, face à la scène, l'inévitable fauteuil d'opérations.

De la pièce en elle-même je ne dirai que deux mots : c'est une bouffonnerie grossière, dont l'esprit semble avoir été méticuleusement expulsé. Mais je veux simplement souligner quelques points qui peuvent nous renseigner sur l'état d'esprit de l'auteur et d'une grande partie du public à l'égard de notre profession.

Le dentiste qu'il met en scène, je parle du vrai, d'Aristide Bérard, tient le milieu entre le charlatan et le dentiste de la nouvelle école. Il est jeune, correctement mis, fait un chaud panégyrique de sa pro-

fession ; mais son cabinet a en guise de tableaux trois ou quatre vagues diplômes de quelques non moins vagues Expositions ; il travaille vêtu d'une longue blouse noire et ne semble guère connaître comme traitement efficace que l'extraction. Le personnage qui me semble le mieux tracé est celui de la veuve Camina, férue de l'art de son mari, qui rappelle avec émotion le temps où elle introduisait les clients et nettoyait les instruments de feu son époux.

Cette farce a été assez bien accueillie du public et a eu surtout un succès de gros rire.

Mais Dieu ! qu'il est difficile de rectifier les appréciations erronées de ses contemporains et que le dentiste moderne aura de peine à se faire classer à sa place réelle d'homme scientifique qu'il est... ou doit être !

G. Gross.

Le vernis dentaire des Pays-Jaunes.

La blancheur des dents est une qualité physique à laquelle les règles de notre esthétique attribuent le caractère d'une beauté et que chacun de nous s'efforce de conserver au prix des soins les plus minutieux.

Nos mondaines se montrent fières de leurs perles nacrées — bijoux vivants qu'elles affectionnent autant que leurs plus précieuses parures.

Il n'est pas jusqu'à la race nègre — flore noire de l'espèce humaine — qui n'éprouve ce sentiment au regard de l'appareil dentaire. De la côte des Somalis aux rives du Congo, les fils de Cham occupent leurs loisirs à se polir les dents à l'aide de bâtonnets qui ne les quittent jamais, et c'est avec un orgueil non dissimulé qu'ils épanouissent largement leur bouche aux lèvres noires enchâssant une dentition éclatante de blancheur.

Telle émerge de sa gaine brune la pulpe du Mangoustan.

Il semble donc que ce souci soit commun à tous les êtres humains et qu'au moins, sur ce point, la « Beauté », si diversement définie de par le monde, ait rallié l'unanimité des suffrages.

Hélas ! Il n'en est rien. Contingence et toujours contingence !

Si les Sénégalais s'arrachent une incisive supérieure pour se ménager un *joli* trou dans la mâchoire, les Annamites et les gens de Formose (TAI OUAN des Chinois, le pays de l'oiseau de Paradis) vont encore plus loin dans le goût du trou noir.

Au mépris de notre esthétique, ces snobs d'Extrême-Orient ne décrètent belles que les dents noires.

La dent de jais est là-bas ce qu'il y a de plus *smart.*

Les étrangers, débarqués du dernier bateau, croient d'abord à des

caries extraordinaires; mais, en examinant de plus près, ils s'aperçoivent bientôt que cet aspect singulier résulte de l'application d'un vernis dentaire spécial.

Cet émail artificiel, qui recouvre l'émail naturel, est constitué par un enduit sec de miel, de noir animal et de calambac (KI-NAM).

Les indigènes assurent qu'ils lui doivent la conservation de leurs dentitions et la suppression des odontalgies.

Si, sur ces données, nos médecins imaginaient un vernis blanc qui fût à la fois un luxe précieux pour la toilette et un préservatif certain pour les maux de dents, bien des gens applaudiraient à leur découverte.

Allons, Messieurs les Dentistes, nous laisserez-vous plus longtemps en confusion devant les soi-disant barbares des pays jaunes ?

Qui de vous nous donnera l'émail blanc pour dents européennes ?

PAUL D'ENJOY.

(*La Nature*, 1er avril 1899).





NOUVELLES

Concours a l'École dentaire de Paris.

Nous rappelons que les concours suivants auront lieu à l'École Dentaire de Paris :

Le dimanche 4 juin, pour deux postes de professeur suppléant de clinique de prothèse ;

Le dimanche 18 juin, pour un poste de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie dentaires.

Société d'odontologie de Lyon.

Nous apprenons avec plaisir la fondation de la *Société d'odontologie de Lyon*. En voici la composition :

Présidents d'honneur : MM. Lecaudey et Godon.

Président : Dr Guillot.

Vice-présidents : Ravet, Harwood.

Secrétaire général : J. Vichot.

Secrétaire des séances : Bonnaric.

Administrateurs : L. D. Rouvier, Pilloy.

Membres honoraires :

MM. Viau,
Richard-Chauvin,
Papot,
d'Argent,
Martinier.

MM. Heïdé,
Meng,
de Marion,
Dr Roy,
Lemerle.

Membres :

MM. E. Bonnaric,
Crouzet,
Durand.

MM. Morandy,
Mirabel.

Membres correspondants :

Marseille,
Angers,
Valence,
Nice,
Senlis.

MM. Camoin.
L. Vichot.
Brisac.
Cabridens.
Audy.

Nous félicitons bien sincèrement nos confrères lyonnais de cette création, qui complète l'œuvre commencée et qui lui assure un nouvel élément de succès.

La Rédaction.

Exemple a suivre.

Le Conseil municipal de Wurzbourg (Bavière) vient de décider que les dents des enfants pauvres des écoles communales de la ville seront visitées et soignées gratuitement, pourvu que les parents y consentent.

Si cette tentative donne des résultats satisfaisants, on procédera de même pour les maladies de l'oreille et de la gorge.

Exportation de dents américaines

Du 30 juin 1897 au 30 juin 1898 il a été exporté des Etats-Unis pour 65.242 dollars de dents artificielles, savoir : 21.000 dollars en France, 19.000 en Angleterre et 14.000 en Allemagne.

En 1896 les exportations s'étaient élevées à 88.243 dollars.

DERNIÈRE HEURE

UNE BROCHURE DU Dr CL. MARTIN

Nous venons de recevoir une brochure de M. le Dr Cl. Martin, de Lyon, intitulée : « *Sur une école dentaire à Lyon* ». Nous en parlerons dans un prochain numéro.

BULLETIN

DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

DE L'ECOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Assemblée générale du 20 décembre 1898.

Présidence de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

36 membres sont présents.

Le Président. — Le procès-verbal de la dernière assemblée générale a été publié dans *L'Odontologie* du 15 avril. Quelqu'un a-t-il des observations à y faire ?

Aucune observation n'est présentée ; le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

Le Président donne lecture de lettres par lesquelles MM. Löwenthal et Francis Jean, membres sortants, déclarent ne pas être candidats pour le *renouvellement* du Conseil d'Administration.

M. Sautier s'excuse de ne pouvoir assister à la réunion.

Le Président fait connaître que, par une lettre déjà ancienne, M. Tusseau a déclaré ne pouvoir accepter les fonctions de membre du Conseil de Direction.

Enfin, il lit une lettre par laquelle M. Bonnard annonce qu'il ne se représentera pas aux suffrages de ses confrères pour le Conseil et demande qu'il soit mis à l'ordre du jour de l'assemblée la question suivante : réception des malades aisés à la clinique.

M. Godon ajoute : « Cette lettre s'adresse au bureau plutôt qu'à l'assemblée générale, qui n'a pas cru devoir la faire figurer à l'ordre du jour. Cependant, celle-ci est maîtresse de son ordre du jour et peut décider que la question de réception des malades y sera inscrite. Où désirez-vous qu'elle figure ? Après la correpondance, après les rapports ou à la fin de la séance ? »

M. Bonnard. — Sur ma lettre, datée du 14 décembre, j'ai demandé la mise à l'ordre du jour d'une question ce soir ; je m'étonne que le

bureau n'ait pas fait droit à ma demande et je constate que sa décision n'est pas conforme aux statuts. Si un membre de l'Association n'a pas demandé à l'avance l'inscription d'une question à l'ordre du jour de l'assemblée générale, il ne peut plus le faire pendant celle-ci ; si, d'un autre côté, il a fait cette demande en temps utile,comme c'est mon cas, et si le bureau ne l'accueille pas, ce membre se trouve privé du droit de parler. Pourquoi ne m'a-t-il pas été donné satisfaction ?

M. Godon. — Le bureau a examiné la demande de M. Bonnard et n'a pas été d'avis de mettre sa question à l'ordre du jour de l'assemblée ; mais, je le répète, celle-ci peut prendre une décision à cet égard et déclarer qu'elle y figurera.

M. Bonnard. — Le Conseil de Direction a laissé au bureau le soin de dresser l'ordre du jour. En adressant ma lettre le 14, je croyais être dans les délais et je ne vois pas pourquoi ma question ne figure pas à l'ordre du jour.

M. Martinier. — Lors de la dernière réunion du Conseil, le 13 de ce mois, toutes les questions à discuter figuraient sur l'ordre du jour ; mais, faute de temps, on n'a pas pu les examiner toutes ; le Conseil s'en est donc remis au bureau pour les décisions qu'il n'avait pas pu prendre. Le bureau s'est réuni et, comme le Conseil l'avait chargé de fixer l'ordre du jour de la séance de ce soir, il s'est acquitté de cette mission en ce qui concernait les questions à soumettre à l'assemblée générale dont il était saisi à ce moment-là. Maintenant, il n'a pas jugé à propos de porter à l'ordre du jour d'aujourd'hui la proposition de M. Bonnard qui ne figurait pas parmi ces questions, et il s'en rapporte à la décision que l'assemblée prendra à cet égard.

M. Bonnard. — En faisant figurer une question dans l'ordre du jour porté sur les convocations à l'assemblée générale, on engage les membres qui s'y intéressent à venir et à préparer leurs documents. Vous ne l'avez pas fait ; vous ne leur avez donc pas donné cette possibilité. De plus, vous avez confondu ma lettre de désistement avec ma demande de mise à l'ordre du jour. Comme ma proposition venait au Conseil à la fin de la séance, je me trouvais obligé d'en saisir le bureau.

M. Martinier. — A la séance du Conseil de Direction à laquelle assistait M. Bonnard ni la fixation de l'ordre du jour de ce soir ni la date de l'assemblée générale n'ont pu être abordées. Or, à cette séance, le Conseil n'a pas été saisi d'une proposition sur la question qui vous est soumise ce soir, bien que, je le repète, M. Bonnard y assistât. Le bureau s'est réuni le 16 et ce n'est que ce jour-là qu'il a pris connaissance de la lettre de M. Bonnard,postérieure d'ailleurs à la réunion du Conseil.

M. Godon. — M. Bonnard a demandé au bureau de mettre une question à l'ordre du jour de l'assemblée et le bureau n'a pas été d'avis de l'y mettre ; voilà toute l'affaire. Maintenant,M. Bonnard peut blâmer le bureau ou protester contre sa décision.

M. Bonnard. — Je proteste.

M. Godon. — L'incident est clos en ce qui concerne le bureau ; mais je consulte l'assemblée pour savoir à quel endroit de l'ordre du jour elle veut mettre la proposition de M. Bonnard. Pour ma part, je demande que ce soit après le projet de budget.

M. Bonnard. — J'accepte ce placement.

M. Godon. — N'oubliez pas cependant qu'il sera procédé au vote à 10 heures et que toute discussion à ce moment-là sera interrompue.

M. Bonnard. — Il est 9 heures 20 ; nous avons à entendre deux rapports et un projet de budget, après quoi l'on votera, puis tout le monde partira.

M. Godon. — Si vous jugez que la question est assez importante pour nécessiter une assemblée générale, réclamez cette assemblée ; seulement ce que je demande, moi, c'est qu'on aborde l'ordre du jour. Commençons et vous verrez ce que vous devrez faire quand il sera 10 heures.

M. d'Argent. — La proposition de M. Bonnard vaut la peine d'être discutée ; mais j'estime que nous ne pouvons la placer que parmi les propositions diverses. Quand elle viendra en discussion, s'il est trop tard, M. Bonnard pourra la retirer et l'ajourner à une assemblée générale spéciale.

M. Godon. — Acceptez-vous cette proposition ? Si vous le jugez à propos, vous demanderez une assemblée générale spéciale.

M. Bonnard. — J'ai consenti à ajourner ma proposition après le projet de budget ; mais je ne consens pas à la reporter plus loin.

Le placement de la proposition entre les numéros 5 et 6 de l'ordre du jour est mis aux voix et repoussé ; son placement parmi les propositions diverses (n° 7) est mis aux voix et prononcé.

M. Martinier, sécrétaire général, donne lecture du rapport suivant :

Messieurs,

Après l'exposé de gestion si complet qui nous a été fait au milieu de l'année par le Président de cette Société, lors de notre fête d'inauguration du mois de juin dernier, et après les indications très détaillées que je vous ai fournies moi-même, il y a quelques jours, à l'occasion de la distribution des récompenses, un nouveau rapport de ma part vous semblera une superfluité. Je ne vous en eusse point présenté, en effet, si l'article 14 de nos statuts n'en faisait un devoir au Secrétaire général que vous avez bien voulu désigner ; mais, dans ces conditions, ce document sera forcément très bref. Je me bornerai à compléter certains points qui ont nécessairement été un peu laissés de côté dans les deux solennités auxquelles je viens de faire allusion, à cause précisément du caractère de ces solennités et de la présence d'un public spécial. Aujourd'hui que nous sommes uniquement entre membres de la Société et réunis exclusivement pour nous entretenir de nos affaires, il convient, vu

l'époque de l'année, de nous occuper surtout de la situation financière, de la situation matérielle et accessoirement de la situation morale de la Société.

La gestion financière, disons-le tout de suite, a été des plus difficiles à mener à bonne fin, à cause des dépenses énormes dans lesquelles il nous a fallu nous engager. L'exécution des constructions si spacieuses dans lesquelles nos 170 élèves se meuvent aisément, dans lesquelles tous nos services fonctionnent commodément, et l'installation de ces vastes locaux nous ont imposé des dépenses considérables. Pour faire face à ces besoins anormaux et véritablement extraordinaires, nous n'avions que des ressources très limitées, et pourtant, sans recourir à un emprunt dont nous avions entrevu l'éventualité, sans recourir à l'aliénation de notre fonds de réserve, que nous avions demandée par prudence, mais qu'on n'a point encore autorisée, sans avoir reçu la subvention sur les fonds du pari mutuel que nous avons sollicitée, que nous escomptons, il est vrai, mais qui ne nous a encore été ni donnée ni même promise, sans avoir enfin reçu de personne l'aide pécuniaire la plus minime, nous avons pu tenir tous nos engagements, faire honneur à notre signature et résoudre le problème le plus compliqué en présence duquel nous nous soyons jamais trouvés.

Messieurs, ai-je besoin de vous dire que le mérite de cette solution revient en grande partie à notre dévoué trésorier, M. d'Argent, qui a accompli de véritables tours de force dans cette situation si délicate, si complexe, si embarrassante ? M. d'Argent possède dans une large mesure des connaissances financières très vastes, une science approfondie des chiffres, qu'il a mises tout entières à notre service, sans craindre ni marchander sa peine. C'est grâce à son savoir et à ses sages combinaisons que notre Société a pu surmonter une des plus grandes difficultés qu'elle ait rencontrées depuis dix-huit ans. Messieurs, nous devons à M. d'Argent des félicitations, des éloges et des remercîments. Je demande à l'assemblée de se joindre à moi pour les lui accorder.

Si complète que soit notre transformation matérielle, elle n'est pourtant pas terminée, puisque tous les jours nos besoins deviennent plus grands, nos services s'étendent, notre personnel: administration, corps enseignant, élèves, employés, augmente notablement. Il nous faut donc songer dès à présent à de nouveaux agrandissements, qu'on étudie déjà et qui vont nous imposer de nouveaux sacrifices. Pour être en état de supporter ces dépenses un peu imprévues, nous recourrons cette fois à une souscription, et parmi les membres de la Société et dans le public, où nous sommes bien assurés de trouver des gens s'intéressant à notre œuvre. Cette souscription nous permettra en même temps de couvrir les frais du passé qu'il nous reste encore à acquitter, car nous espérons qu'elle rencontrera ici le même accueil que les souscriptions de ce genre qu'on ouvre fréquemment en Angleterre et aux États-Unis pour des établissements analogues au nôtre.

Si la gestion financière a présenté des difficultés énormes, la gestion administrative est devenue, elle aussi, une tâche beaucoup plus ardue, avec l'extension incessante des diverses branches de notre organisme, avec des créations nouvelles sur lesquelles votre attention a déjà été appelée, avec des modifications et des adjonctions qui ont été apportées soit à notre programme d'enseignement, soit à nos examens, et avec des transformations rendues nécessaires par des exigences impérieuses. La Société suivant dans toutes ses parties un développement constant, la tâche de ceux auxquels vous avez confié le soin de ses intérêts s'est trouvée notablement accrue. Mais, en cette matière, il suffit de quelques intelligences ayant à leur service de la bonne volonté et des auxiliaires actifs. Des administrateurs diligents et dévoués étaient nécessaires : fort heureusement le Conseil a la bonne fortune de les compter dans son sein. Nous avons conscience, à cet égard, d'avoir rempli comme il convient le mandat que vous nous aviez fait l'honneur de nous confier ; aussi est-ce avec une sérénité d'âme parfaite que nous venons aujourd'hui vous rendre compte de ce

mandat et vous demander d'approuver notre conduite, qui n'a jamais été inspirée que par le seul désir de remettre entre vos mains, nos pouvoirs expirés, une École grande, belle et florissante, une Société nombreuse et prospère dont vous puissiez être fiers de faire partie.

A côté des soins de l'administration, la politique professionnelle nous a fourni également, pour sa part, son contingent de préoccupations. N'avons-nous pas dû organiser, en effet, en collaboration avec la Société des dentistes du Rhône et de la région, aussi bien qu'avec l'Association odontotechnique, notre beau congrès de Lyon et assurer la participation et la représentation de nos divers groupements à la réunion de Marseille ? Ne nous occupons-nous pas actuellement de la préparation du congrès de Nantes de l'année prochaine et de la grande assemblée internationale de 1900, pour laquelle nous rencontrons déjà à l'étranger les concours les plus empressés en même temps que l'accueil le plus courtois ? N'avons-nous pas saisi les pouvoirs publics et des vœux formulés dans nos réunions professionnelles et de certaines revendications bien légitimes, comme l'admission des chirurgiens-dentistes dans les jurys du troisième examen pour l'obtention du dipôme d'État, et comme l'extension aux mécaniciens-dentistes de la dispense de deux années de service militaire dont bénéficient les ouvriers des industries d'art ? Notre action, d'ailleurs, dans ces diverses circonstances, n'est pas isolée, et nous agissons toujours d'un commun accord avec les Sociétés similaires, de sorte que cette action a plus de force et que notre voix a plus de chance d'être écoutée.

Au milieu de ce tableau, que les esprits portés à la critique trouveront sans doute trop flatteur, bien qu'il soit l'expression exacte de la vérité, il y a cependant une ombre qu'il faut vous faire remarquer, parce qu'il dépend de vous de la faire disparaître : notre Société scientifique a une tendence fâcheuse à négliger la pratique et la technique pure pour donner dans ses travaux et ses discussions la préférence aux théories et aux sujets médico-dentaires. Les

médecins-dentistes qui viennent, de plus en plus nombreux, assister aux séances de la Société d'Odontologie, ne présentent presque jamais de communications et ne font jamais de démonstrations portant sur la partie opératoire ou mécanique de notre art. C'est méconnaître à la fois notre origine, le caractère distinctif de notre profession et, je ne crains pas de l'ajouter, sa raison d'être. Le rôle du dentiste est de savoir soigner et remplacer un organe que les docteurs les plus savants sont inaptes à traiter, à conserver et à suppléer par un élément artificiel lorsqu'il fait défaut ou qu'il y a lieu de le supprimer ; ils sont inhabiles à confectionner ces ingénieuses pièces prothétiques qui sont le monopole de fait et l'orgueil de notre corporation, et ils sont dans l'obligation de nous demander nos services, lorsque le besoin de ces appareils se fait sentir pour les sujets qu'ils soignent ou qu'ils opèrent. Les chirurgiens les plus éminents avouent humblement ne rien connaître à notre profession, et c'est pour cette raison que le nombre de nos élèves pourvus du diplôme de docteur, désireux de se livrer à l'exercice de la dentisterie,va sans cesse en croissant : ils considèrent comme indispensable de s'assimiler nos procédés et notre manuel opératoire. Puisque la loi a créé un diplôme spécial de chirurgien-dentiste, puisque notre profession est reconnue et classée, n'empiétons pas sur le domaine de la médecine, qui n'est connu de nous que dans la mesure où il a besoin de l'être, restons dans notre sphère, demeurons ce que nous sommes : des praticiens éclairés, habiles, compétents, aptes à exécuter les appareils les plus ingénieux et les plus parfaits, les opérations dentaires les plus délicates, les travaux de dentisterie les plus minutieux. Si nous comprenons ainsi le rôle que nous avons à jouer dans la société, nos réunions scientifiques s'en ressentiront et nos séances seront toujours marquées par un progrès nouveau, un procédé opératoire plus perfectionné. Mais, pour cela, il convient aussi que nos membres délaissent un peu moins notre séance du premier mardi de chaque mois et que nous y retrouvions l'assistance nombreuse de praticiens exercés que nous y avons comptée

pendant de longues années. Ces séances y gagneront en intérêt, et le journal qui s'en fait l'écho et qui se répand de plus en plus en obtiendra encore une estime plus grande.

Il faut, en effet, continuer l'œuvre que nous avons commencée et qui est arrivée à un degré de réussite inespéré. Ce sont les dentistes qui sont les ouvriers du passé ; c'est à eux qu'il appartient d'entretenir l'édifice. Il est indispensable que l'instruction soit donnée aux dentistes par les dentistes, car nul mieux que nous ne connaît les besoins, les exigences et les ressources de notre profession ; à nous d'en tirer le parti qui convient. Mais pour atteindre ce but, le concours des jeunes, des nouveaux venus parmi nous est nécessaire aussi bien dans l'enseignement que dans l'administration. L'appel que M. le Dr Roy, un de nos élèves d'hier, presque un ancien maintenant, adressait, il y a quelques années, aux étudiants qui, ayant terminé leurs études, quittaient cette École, a besoin d'être renouvelé : ceux qui viennent d'entrer dans la carrière doivent nous prêter leur aide et remplacer ceux d'entre nous qui sont fatigués d'être toujours sur la brèche ou que leur âge contraint au repos. Ce n'est qu'à cette condition que l'entreprise que nous avons si péniblement menée à bonne fin au prix de vingt années d'efforts ne périclitera point ; ce n'est qu'à cette condition que notre institution continuera de briller d'un vif éclat et de rendre à la profession, au public, à la science et au pays des services méritoires justement appréciés.

M. d'Argent. — En tant que président de la Société d'Odontologie, je demande à insister sur la rareté des communications dentaires dans cette Société. Certes, il est très intéressant d'entendre les communications qui y sont faites par des médecins, mais ces communications ont uniquement un caractère médical et *ne font faire aucun progrès à notre art.* Je crois que les vœux de notre Secrétaire général doivent nous servir de stimulant pour nous rendre plus empressés à nos réunions scientifiques qui constituent le véritable terrain d'entente des dentistes. Autrefois nos membres y présentaient plus souvent le résultat de leur expérience et de leurs essais ; je demande qu'on revienne à cette bonne habitude et qu'on prenne en considération les paroles de M. Martinier.

Le rapport du secrétaire général est mis aux voix et approuvé.

M d'Argent, trésorier, donne lecture de son rapport puis du projet de budget pour 1898-1899. Il ajoute : « Dans le chiffre des dépenses. les constructions figurent pour 90.000 francs, sur lesquels il reste à verser *10.000 francs* sans que nous ayons contracté d'emprunt ni aliéné notre fonds de réserve. Le chiffre de 4.000 francs de sous-location est un reliquat du compte de sous-location ; l'an prochain, il sera de 6.000 francs environ. » Voici ce rapport :

Messieurs et chers confrères,

Au début de cette gestion, j'exprimais des craintes au sujet des ressources que la Société pouvait opposer aux fortes dépenses engagées pour l'aménagement de notre nouveau local. Pour parer à cette situation, vous aviez voté deux mesures financières, dont nous n'avons, heureusement, pas eu à nous servir.

La première consistait en une demande d'aliénation du fonds de réserve.

Quoiqu'il n'y ait plus urgence à en disposer pour l'instant, ni même dans un certain délai, je crois qu'il est souhaitable que le fonds de réserve soit à la disposition de la Société, dans les conditions prévues par la modification que vous avez votée déjà deux fois et qui est devant le Conseil d'Etat depuis deux ans. Je vous propose donc, pour la bonne forme, de renouveler ce vote.

La seconde était une autorisation laissée à votre Conseil d'administration d'emprunter une somme de 10.000 francs pour faire face aux dépenses de l'année. Nous nous réjouissons d'avoir pu nous dispenser de cet emprunt et nous ne croyons même pas devoir vous demander le maintien de votre décision.

Notre situation est excellente pour le passé, et nous croyons que l'avenir nous sourit également, puisque le nombre de nos élèves est de plus en plus élevé et récompense nos efforts et nos sacrifices.

Mais notre rôle serait abstrait et de peu de mérite si nous nous contentions d'envisager chaque exercice dans ses recettes ét ses dépenses, ne visant qu'à un équilibre annuel dont beaucoup d'institutions, et des plus offi-

cielles même, se montreraient certainement satisfaites, mais qui manque de prévoyance.

Nous avons un avenir à sauvegarder et nous y pensons sans cesse. Plus que jamais nous reconnaissons la nécessité de devenir possesseurs de l'immeuble qui abrite nos institutions et de faire en sorte que nos sacrifices profitent à notre Société et consolident son œuvre. Telle était votre volonté exprimée à deux assemblées générales, et le *projet* financier qui vous avait été soumis était destiné à la réaliser.

Mais, après étude, nous avons trouvé que la combinaison que nous vous avions proposée était un peu compliquée dans son application administrative et nous y avons renoncé.

Nous croyons qu'il est préférable de revenir à la forme que nous avons déjà pratique avec un si grand succès depuis la fondation de l'Ecole: nous voulons parler de la souscription volontaire pure et simple.

Cette souscription est donc ouverte de nouveau et j'attire tout particulièrement votre attention sur elle, afin que vous lui accordiez votre assentiment et que vous la recommandiez à vos amis.

Notre dévoué Président, M. Godon, s'est inscrit en tête pour 1.000 francs.

Ce bon exemple sera suivi. Il l'est déjà, puisque notre sympathique vice-président, M. Viau, puis M. Heïdé viennent spontanément de souscrire la même somme.

La souscription qui est ouverte est accessible à toutes les bonnes volontés, car elle peut s'alimenter de versements annuels échelonnés entre le moment de la souscription et dix années. Ce fractionnement facultatif ne créé pas une obligation d'avenir pour les ayants droit, en cas de décès prématuré; c'est un engagement moral donné en témoignage d'attachement à nos institutions et qui s'éteint à la volonté de l'intéressé.

Tous les vrais amis de l'Ecole Dentaire libre et de la Maison des Dentistes auront à cœur de collaborer par leurs capacités et leur générosité à l'œuvre poursuivie depuis

vingt ans et dirigée constamment dans une voie d'utilité professionnelle.

Le nombre de nos membres effectifs se maintient à un chiffre très respectable.

Au 30 septembre 1897, la Société comprenait............................	365	membres.
Pendant l'exercice il y a eu..........	25	admissions.
Total...........	390	membres.
Par contre, nous comptons...........	27	défections.
Au 30 septembre 1898, il reste.......	363	sociétaires.

Les défections se subdivisent ainsi qu'il suit :

3 membres ont été nommés membres honoraires : MM. Deville, D[r] Isch-Wall et Wiesner ;

6 membres sont décédés : M[e] Busquet, MM. Chrétien, Flamens, Guignes, Simon et Sicard.

18 membres sont démissionnaires, ou radiés pour défaut de paiement de leurs cotisations.

Nos fonds disponibles au 30 septembre 1898 s'élèvent à la somme de 26,898 fr. 53, ainsi détaillée :

En caisse................................	3.264	93
Au Crédit Industriel et Commercial.........	1.775	68
Petites caisses..........................	610	00
Effets à recevoir (en portefeuille)...........	891	00
Avances sur loyer et gaz..................	7.771	85
Prix Lecaudey.........................	1.000	00
Un bon de l'Exposition de 1889..	8	00
Fonds de réserve........................	11.577	07
Total...........	26.898	53
Contre le chiffre du précédent inventaire....	48.226	36
Soit une diminution de..................	21.327	83

Au nom du Conseil d'Administration, j'ai l'honneur de vous prier de ratifier ces comptes, ainsi que le projet de budget suivant pour l'exercice 1898-99 :

En dépenses, 79.800 francs ; en recettes, 80.700 francs.

M. Godon. Vous voyez par ces chiffres combien la fonction de trésorier est importante : de 40.000 francs de recettes, au début, nous sommes arrivés à 80.000 francs, et cette année notre budget extraordinaire a été de 108.000 francs ! Nous nous sommes lancés à l'aventure dans des entreprises considérables qui ont provoqué les hésitations de M. d'Argent et ses déclarations à la dernière assemblée générale, déclarations que vous n'avez pas oubliées certainement. Mon mandat expirant aujourd'hui, je tiens à féliciter notre trésorier comme le fonctionnaire qui a fourni le travail le plus considérable.

J'ai à vous signaler aussi un autre fonctionnaire, qui a également travaillé énormément : c'est notre secrétaire général, fort bien secondé par notre secrétaire adjoint. Ces fonctions sont devenues très lourdes et il a fallu adjoindre à leurs titulaires des employés appointés, ce qui grossit naturellement le chiffre de nos dépenses.

M. d'Argent. — Les félicitations que vous m'adressez se reportent sur le Conseil d'administration tout entier, car si un Conseil n'administre pas sagement, le trésorier ne peut rien faire ; je n'accepte donc qu'une partie de ces félicitations.

Le rapport du trésorier et le projet de budget sont successivement mis aux voix et approuvés.

MM. Deville, Isch-Wall et Wiesner sont nommés membres honoraires.

M. Godon. — Vous avez à procéder à l'élection de onze membres pour le renouvellement partiel du Conseil d'Administration.

Les membres sortants sont : MM. Bonnard, Godon, Francis Jean, Legret, Lemerle, Löwenthal, de Marion, Monnet, Prest, et Richard-Chauvin ; M. Tusseau, démissionnaire.

M. d'Argent. — Ce n'est pas sans un accord préalable qu'on nomme des membres du Conseil, car il faut choisir des hommes qui consentent à remplir des fonctions, et le travail devient de plus en plus lourd. Les fonctions élevées trouvent d'ordinaire aisément de bons titulaires ; mais nous avons besoin de conseillers pour les postes subalternes, et l'assiduité doit être leur idée dominante.

M. Martinier donne lecture de l'état des présences et des absences au Conseil pendant l'année 1898.

La séance est suspendue à 10 heures pendant 10 minutes.

Il est procédé au scrutin, qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 36.

Majorité absolue : 19.

Ont obtenu :

MM. Godon	33	voix	MM. Touvet-Fanton	17	voix
Lemerle	31	—	Prest	16	—
Richard-Chauvin	30	—	Fabre	15	—
de Marion	28	—	Meng	15	—
Billet	28	—	Weber	14	—
Devoucoux	22	—	Siffre	14	—
Roy	22	—	Arnold	10	—
Paulme	17	—	Bonnard	9	—
Loup	17	—	Gross	9	—

MM. Choquet.	8 voix	MM. Wilbert.	3 voix
Touchard	6 —	Legret	2 —
Monnet	6 —	Löwenthal, Debray, Hofzumahaus, d'Argent, Ronnet, Tusseau, chacun 1 voix.	
Fresnel	4 —		
Bioux.	3 —		

M. Godon. — En conséquence de ce vote, MM. Godon, Lemerle, Richard-Chauvin, de Marion, Billet, Devoucoux et Roy sont élus membres du Conseil de direction pour deux ans. Il vous reste quatre membres à nommer.

Il est procédé à un deuxième tour de scrutin, qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 35.

Ont obtenu :

MM. Touvet-Fanton. .	23 voix	MM. Arnold	14 voix
Loup	23 —	Siffre	13 —
Meng.	22 —	Fabre.	11 —
Weber	18 —		

M. Godon. — MM. Touvet-Fanton, Loup, Meng et Weber sont élus membres du Conseil de direction pour deux ans.

M. Bonnard. — En raison de l'heure avancée, je demande la remise de ma proposition à un mois.

M. Godon. — Etes-vous d'avis de vous réunir en assemblée générale dans un mois ?

M. Touchard. — La question de M. Bonnard peut être élucidée ce soir.

M. Bonnard. — Il est fort tard.

M. Sauvez. — Il faut consulter l'assemblée (Il donne lecture d'un article du règlement).

M. Martinier. — On vous demande si vous voulez discuter une proposition sur la réception des malades à la clinique. Or, il n'y rien de changé actuellement à notre mode de réception, et ce n'est qu'au cas où vous voudriez y apporter des modifications qu'il faudrait adopter la motion de M. Bonnard. Si vous désirez discuter celle-ci ce soir, j'y suis tout disposé pour ma part ; je ne suis pas, au contraire, partisan de la remettre à un mois.

M. Arnold. — Si nous avions été informés par avance de cette question, nous serions venus plus nombreux pour la discuter ce soir ; puisqu'il n'en est pas ainsi, je demande la remise à un mois. En règle générale, d'ailleurs, il vaudrait mieux nous aviser par l'ordre du jour qui nous est envoyé des propositions de cette nature.

M. Bonnard. — S'il n'y avait rien de changé, je n'aurais pas formulé ma demande ; M. Martinier a déposé au Conseil une proposition à cet égard, M. de Marion, une autre, sans doute sur l'instigation de quelqu'un : c'est donc qu'il y a des changements à faire, et il faut que la question soit tranchée.

M. Martinier. — La proposition à laquelle M. Bonnard fait allusion ne changerait rien au mode de réception des malades tel qu'il existe actuellement.

M. Gross. — M. Arnold pense qu'une nouvelle convocation pour

cette seule question nous amènera plus de membres ; je ne suis pas de son avis : elle nous en amènera moins.

M. de Marion. — Je proteste contre les paroles de M. Bonnard, je ne reçois de mot d'ordre de personne.

M. Godon. — J'avais quitté le Conseil quand la discussion à laquelle on fait allusion y est venue. Actuellement vous avez le choix : ou bien vous pouvez discuter tout de suite, et le Conseil tiendra compte de votre résolution ; ou bien vous chargerez celui-ci d'étudier la question et de vous donner son avis. Je vous engage toutefois à faire connaître dès à présent votre opinion sur la matière, car je me demande pourquoi convoquer dans un mois une assemblée générale spécialement pour cet objet. M. Bonnard devait nous exposer ce soir les règles qu'il voudrait voir appliquer à la réception des malades, et le Conseil, éclairé sur ce point, examinerait la question.

M. Bonnard. — J'ai demandé que ma proposition soit mise à l'ordre du jour et je ne l'ai pas obtenu ; maintenant, il est tard, nous n'avons pas le temps d'ouvrir la discussion et il n'y a plus assez de membres présents ; c'est pour cela que j'ai demandé la remise à un mois.

M. Godon. — Je vous propose de renvoyer la proposition au Conseil de direction et je prie M. Bonnard de l'adresser à ce dernier sous forme de lettre ; le Conseil l'étudiera, donnera son avis et vous convoquera s'il y a lieu.

Ce renvoi est mis aux voix et approuvé.

M. Touchard. — C'est la voie régulière ; seulement la proposition ne revient pas à l'assemblée générale.

M. Godon. — Elle y revient s'il y a lieu ou elle n'y revient pas.

M. Touchard. — D'ailleurs un nombre déterminé de membres peut provoquer une assemblée générale.

M. Godon. — L'ordre du jour appelle la discussion des propositions de modifications au Règlement intérieur présentées par le Conseil d'administration.

M. Martinier donne lecture de ces diverses propositions :

1° Ajouter à l'art. 8, ces mots : *7° Commission du local.*

2° Ajouter à l'art. 10, ceux-ci : *Il remplit les fonctions de directeur de l'Ecole.*

M. Martinier. — La Commission du local existe en fait et, cette année, sa tâche n'a pas été une sinécure.

M. Godon. — Le président remplit effectivement les fonctions de directeur ; c'est seulement pour préciser.

Ces deux modifications sont successivement mises aux voix et adoptées.

3° Ajouter les mots *de l'année en cours* après *des archives* (Art. 12).

M. Godon. — Nous avons dû créer un service d'archives pour le lassement de nos nombreux documents.

Adopté.

4° Ajouter les mots : *Il assure les publications de la Société* à la fin de l'article 12.

Adopté.

5° Art. 17, substituer les mots *31 octobre* à *30 septembre.*

M. Martinier. — C'est pour la commodité des écritures.

M. d'Argent. — Il est préférable de clore les écritures au 31 octobre, où l'année scolaire est bien terminée.

Adopté.

6° Art. 19, ajouter *archiviste* au mot *bibliothécaire.*

7° Art. 20, *Scolaire et de tous ceux.* — Adopté.

8° Art. 38, *Après invitation du bureau*, après *du service.* Rédiger ainsi le 2e paragraphe : *Elles doivent donner au bureau communication de leurs travaux.* — Adopté.

9° Art. 43, mettre *ainsi que pour* au lieu de *ainsi pour que.* — Adopté.

10° Ajouter un art. 44 *bis* : *La Commission du local est composée de cinq membres. Elle est chargée de tout ce qui concerne l'entretien ou les transformations des locaux de la Société.* — Adopté.

11° Art. 50, ajouter *qui en est d'office président lorsqu'il y assiste*, après les mots *président-directeur de l'Ecole.* — Adopté.

12° Art. 52, suppression des mots *pendant trois années.*

M. Touvet-Fanton demande des explications sur ce point.

M. Martinier. — Dans certaines cliniques nous ne pouvons pas recruter notre personnel à cause de cette condition.

M. d'Argent donne lecture de l'article 52 et ajoute : « Pourquoi, s'il est dentiste, ne doit-il pas avoir occupé pendant trois ans le poste de chef de clinique, alors que nous imposons cette obligation aux diplomés de l'Ecole ? C'est donc une infériorité pour ceux-ci. »

M. Martinier. — L'article a été adopté en assemblée générale.

M. Godon. — M. d'Argent propose en somme la suppression des trois dernières lignes.

M. Gross. — Alors il ne servira plus à rien d'avoir été chef de clinique ?

M. Godon. — Si, cela comptera comme titre.

M. Richard-Chauvin. — Si vous admettez tous les praticiens au concours, il ne faut pas édicter d'infériorité à l'égard des diplomés de l'Ecole Dentaire de Paris ; cependant il y a une hiérarchie que je ne voudrais pas voir abandonner. D'autre part, c'est aller trop vite que d'ouvrir les portes toutes grandes.

M. Martinier. — Nous n'avons pas trop de candidats ; c'est pour en faciliter l'éclosion.

M. Touvet-Fanton. — La question est trop importante pour être ainsi discutée sans être examinée à fond.

M. Papot. — Si vous supprimez cette partie de l'article, vous n'aurez plus de candidats pour le poste de chef de clinique.

M. Martinier. — Il est bien vrai que la restriction imposée par l'article est illogique.

M. Gross. — Il faudrait imposer la même condition à tous.

M. Papot. — Tenons-nous-en à l'ordre du jour.

M. Martinier donne lecture de l'article corrigé.

M. Godon propose de rédiger ainsi la fin de l'article à partir des mots *au moins* : « *Et avoir occupé le poste de chef de clinique ou un autre poste analogue.* »

Cette rédaction est approuvée et l'article, ainsi modifié, est adopté

13° Art. 56, suppression de : *Faire acte de candidature chaque année du 1er août au 30 septembre.* — Adopté.

14° Art. 69, mettre : *être débiteur d'une cotisation*, au lieu de : *être débiteur d'une somme égale*, etc. — Adopté.

15° Art. 76, mettre : *dans l'annuaire de la Société* après : *il est publié.* — Adopté.

Mettre : *et le programme,* après *Conseil d'administration.* — Adopté.

M. de Marion demande que la brochure soit composée fin janvier.

Les modifications apportées à l'article 76 nécessitant une rédaction nouvelle, celle-ci est laissée au bureau.

Service de la Statistique.

Art. 79. Le service de la statistique comprend le relevé des malades et des opérations qui leur sont faites au Dispensaire ; la présence des membres du corps enseignant, des élèves, des fonctionnaires.

Le directeur adjoint en a la responsabilité.

M. Martinier. — Nous créons un service nouveau ; cela nécessite un nouvel article.

Adopté.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à minuit.

Le Secrétaire général,
P. Martinier.

19e ANNÉE. N° 10 30 MAI 1899 IIe SÉRIE. VOL. VIII.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

***L'Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

Travaux Originaux

DE L'ÉRUPTION DES DENTS TEMPORAIRES. SON MÉCANISME. SES ACCIDENTS.

Par M. le Dr J. BESSON,

Ancien interne des hôpitaux de Grenoble,
Licencié ès-lettres.

(Communication à la Société d'odontologie de Paris. Séance du 2 mai 1899.)

Je vous remercie tout d'abord en la personne de votre dévoué président, M. Lemerle, de la bonne hospitalité que vous avez bien voulu m'accorder au sein de votre Société. Je n'abuserai pas de votre bienveillance et je veux seulement exposer et élucider devant vous les points essentiels de mon travail sur l'*Eruption des dents temporaires, son mécanisme, ses accidents.*

C'est là une question qui plusieurs fois déjà a été agitée devant vous, et je connais, pour les avoir lues avec le plus grand intérêt, les communications de M. Loup en 1895, du Dr Millon en 1897 et plus récemment de mon ami le Dr Frey. Ce ne sera pas un de mes moindres avantages que d'être arrivé après eux et d'avoir pu profiter de leurs études et de leur expérience.

Il y a un an environ, alors que j'entrai à l'Ecole dentaire de Paris, M. Loup, professeur suppléant de clinique,

auprès de qui j'avais trouvé un accueil des plus aimables, me conseilla d'essayer les badigeonnages locaux de teinture d'iode dans le cas d'éruption douloureuse des dents temporaires. J'appliquai d'abord ce traitement à des enfants amenés à la clinique de l'Ecole et j'obtins de nombreux succès. Je m'intéressai à la question des accidents de dentition à mesure que je l'étudiai de plus près et je décidai d'en faire le sujet de ma thèse inaugurale.

C'est alors que je fouillai l'historique de la question des accidents de dentition. Je pus m'assurer ainsi que, depuis Hippocrate jusqu'au milieu du XVIIIe siècle, médecins et dentistes attribuaient presque tous les maux de l'enfance à l'éruption difficile des dents temporaires. Les premiers peut-être en France, deux dentistes, Bunon en 1743, Serres en 1817, s'appliquent à discerner les accidents dus à la dentition des autres accidents de l'enfance. Mais la réaction définitive contre les accidents dits de dentition nous viendra de l'étranger. C'est Wichman, Vogel, Brefeld en Allemagne, c'est Politzer, Fleischman en Autriche, c'est Ch. West et J. Tomes en Angleterre qui préludent aux affirmations de Magitot.

Enfin en 1880 et 1882 Magitot, dans les Archives générales de Médecine et dans le Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales, en 1881 le Dr Lévêque dans sa thèse inaugurale, émirent sur la question des idées qui au premier moment semblèrent définitives et qui sont encore le bréviaire de tout médecin qui se pique d'être au courant du mouvement scientifique moderne.

« Le mécanisme de l'éruption, disait Magitot dans l'article Dent du Dictionnaire Dechambre, est fort simple...

« L'éruption est le fait de la formation même de la partie radiculaire, et chaque degré d'ascension de la dent dans le tissu sous-muqueux et au dehors est mesurée par la quantité exacte de tissus nouveaux formés au fond du sac folliculaire qui continue à fonctionner dans la partie profonde... Le passage de la couronne au travers des tissus vasculaires ne s'accompagne toutefois d'aucune lésion,

d'aucun traumatisme appréciable, les tissus comprimés se résorbent par un travail insensible, sans inflammation ni hémorrhagie... »

Puis, passant à l'examen des troubles de l'éruption, il s'élève contre cette ancienne dénomination d'accidents de dentition qui embrasse toute la pathologie du jeune âge. Et aux partisans de la doctrine hippocratique il oppose les objections suivantes: « 1° Pourquoi ces accidents seraient-ils exclusifs à cette première phase de la dentition, alors qu'au point de vue physiologique elle est évidemment bien moins susceptible de produire des désordres locaux, puisque les premières dents apparaissent sans traumatisme d'aucune sorte sur des gencives vierges et entièrement libres de tout obstacle? — 2° Comment établira-t-on cette intervention lorsque des accidents attribués à la première dentition se produisent soit avant l'apparition, soit après l'achèvement complet de celle-ci? — 3° Comment expliquer que des lésions plus ou moins graves du follicule en voie d'éruption (abcès, hématocèle, ectopie) n'ont jamais été cause d'accidents dits de dentition? — 4° Comment expliquer que des expériences faites sur les animaux (blessures des follicules, lésions de la gencive) n'ont pas produit les mêmes accidents? Comment rattachera-t-on à la dentition les troubles morbides qu'on observe dans le premier âge chez beaucoup d'animaux domestiques, accidents qui sont en tous points analogues à ceux de l'homme, alors que l'éruption des premières dents est achevée et y est conséquemment tout à fait étrangère? ».

Il résumait les expériences qu'il avait entreprises avec Ch. Legros au laboratoire d'histologie de la Faculté de médecine. Chez un premier chien de deux mois il avait pratiqué sur le bord alvéolaire inférieur des piqûres pénétrant dans le follicule des molaires. A la suite de ces piqûres on avait observé de l'injection de la muqueuse sus-jacente, de l'atrophie du follicule, mais pas d'accidents généraux de dentition.

Chez un autre chien il pratiqua avec des ciseaux courbes

l'excision d'un lambeau de muqueuse sur le bourrelet gingival au niveau de la région molaire. L'instrument pénétra jusqu'aux chapeaux de dentine. Pas de troubles généraux à la suite de cette opération.

Sur un troisième chien, cautérisation au fer rouge au niveau de la région molaire. Pas d'accidents.

Et Magitot conclut comme Lévêque l'avait fait dans sa thèse : « 1° Il n'a jamais été établi d'une manière incontestable aucune relation de cause à effet entre la dentition et les accidents qu'on lui attribue ; 2° on rencontre dans la science un grand nombre de faits pathologiques de l'enfance auxquels la dentition, d'abord incriminée, a été reconnue parfaitement étrangère ; 3° des expériences directes ayant pour objet des blessures du follicule ou du bord gingival chez des chiens nouveau-nés n'ont produit aucun accident dit de dentition ; 4° il est reconnu que les phénomènes morbides observés dès le premier âge chez des animaux domestiques et tout à fait comparables aux accidents de l'enfance chez l'homme sont absolument indépendants de la dentition ; 5° la théorie des accidents dits de dentition ne nous paraît basée jusqu'à présent sur aucune preuve absolue ; 6° les accidents considérés chez le nouveau-né comme étant sous la dépendance de la dentition doivent, selon nous, être rattachés à un ensemble de phénomènes mal connus encore et qu'on pourrait désigner par un terme général ne préjugeant rien : accidents ou maladies de l'évolution ou du premier âge ».

Telles étaient les conclusions de Magitot. Nous avons voulu les reproduire point par point, car nous devons les examiner et voir à la fin de notre travail si elles sont inattaquables.

Il y eut d'ailleurs une réaction immédiate contre de telles affirmations et Blachez, dans le même tome du Dictionnaire Dechambre, opposa son opinion de clinicien à celle de l'anatomiste Magitot. Il restaura dans son article Dentition la vieille classification des accidents de dentition.

A partir de ce moment la question rentre dans l'ombre

jusqu'à la discussion vive qui eut lieu en 1892 à l'Académie de Médecine entre Magitot et M. Pamard, d'Avignon, partisan des accidents de dentition et soutenu par la majorité des Académiciens. Mais de cette discussion, comme le dit M. Poinsot, ne jaillit aucune lumière, car on répondit aux arguments anatomiques de Magitot par des observations cliniques et la discussion s'éteignit sans conclusion.

Cependant des travaux avaient paru qui, s'inspirant d'une attentive observation clinique et de récentes études d'anatomistes tels que MM. Malassez, Redier et Magitot lui-même, commençaient à présenter la question sous un jour nouveau. C'est ainsi que M. Loup avait publié en 1895 une remarquable étude de la douleur de dentition. Le D[r] Frey en 1896 faisait de l'éruption des dents un phénomène de croissance, assujetti aux mêmes lois physiologiques et pathologiques. Le D[r] Millon, dans le Traité des maladies des enfants, insistait sur le rapport des troubles de nutrition et des anomalies d'éruption. Le D[r] Cruet, en 1898, montrait l'importance des infections dans la pathogénie des accidents de dentition. M. Comby lui-même admettait, dans la dernière édition de son livre, la possibilité de crises éclamptiques dans le cas d'éruption douloureuse.

On le voit, la question ne se présentait pas d'une façon très claire et il y avait lieu de prendre parti pour Magitot ou les hippocratistes, ou peut-être, ce qui nous semblait plus sage, de choisir une opinion mixte qui satisfît à la fois les uns et les autres.

Quoi qu'il en soit, deux observations nous avaient particulièrement frappé dans notre revue des idées émises sur les accidents de dentition. La première, *c'est que bien rarement on avait fait une étude complète de l'éruption des dents dont on discutait,* ce qui nous semblait illogique, *presque jamais même,* pourrait-on dire. La seconde, *c'est qu'on ne s'était presque jamais préoccupé de la différence des terrains sur lesquels l'éruption peut évoluer.*

Ces deux questions nous semblaient cependant devoir être

la base de tout travail complet sur les accidents de dentition ; aussi en avons-nous fait une étude toute spéciale.

II. — Mécanisme de l'éruption des dents temporaires.

Je vous ferai grâce de mon étude de l'évolution du follicule et des maxillaires, étude faite d'après les travaux de Magitot et de J. Tomes, et j'arrive immédiatement au moment où commence pour nous le phénomène d'éruption.

C'est à partir du troisième mois en effet que nous avons pu constater des phénomènes douloureux du côté des gencives et que nous avons réussi à les enrayer par des badigeonnages de teinture d'iode. A ce moment nous avons constaté une augmentation notable du volume des cavités alvéolaires. Les faces antérieure et postérieure de l'alvéole bombent sous la fibro-muqueuse gingivale et la distendent. A ce niveau la gencive est la plupart du temps pâle, elle semble légèrement œdématiée et garde l'empreinte de l'ongle. Quelquefois au contraire elle est rouge et congestionnée.

On peut dès cette époque observer des signes douloureux du côté de la muqueuse gingivale. L'enfant commence à pleurer, à grimacer, en portant ses doigs à ses gencives, en les mordant. La salivation peut être abondante. Il existe un état d'irritation, d'agacement continu, alors que l'hygiène appliquée est des plus sévères. Tous ces signes sont d'ailleurs fugaces, inconstants, d'intensité variable selon les enfants. Nous y reviendrons dans notre chapitre sur la pathologie de l'éruption.

C'est qu'à cette époque, la couronne dentaire étant achevée et calcifiée, le sac folliculaire commence à produire le tissu osseux ou cément qui recouvrira la racine. La dent, enfermée dans un alvéole dont les bords sont rabattus au-dessus d'elle, peut produire une certaine compression sur les tissus environnants. En outre, elle commence très probablement son mouvement en avant, premier stade de l'é-

ruption. N'y a-t-il pas là de quoi expliquer une faible irritation locale et un certain degré de douleur ?

Mais cette irritation pourra devenir bien plus forte trois mois plus tard, alors que le mouvement d'éruption s'accentue définitivement. A ce moment, en effet, les incisives centrales se sont avancées considérablement. Les bords alvéolaires, notablement renversés vers la crête alvéolaire à l'âge de trois mois, se sont redressés, en sorte que les orifices alvéolaires ont augmenté d'étendue, ce qui pour J. Tomes « doit être regardé comme le premier des changements qui précèdent l'éruption des dents. » Enfin, à partir de ce moment, le travail d'éruption, qui jusque-là avait été très lent, prend des proportions considérables. Comment va se faire cette éruption ?

Nous croyons avec MM. Loup et Mahé qu'on peut appliquer au phénomène d'éruption les raisons que le professeur Redier[1] en 1883 et le professeur Albarran[2] en 1887 ont montré être celles qui président à la résorption des racines des dents temporaires. « Le processus, dit le Dr Redier, qui accompagne la chute des dents temporaires est analogue au processus de l'*ostéite simple* qui se traduit constamment par des phénomènes alternatifs de résorption et de production osseuse avec prédominance définitive de l'une ou de l'autre. Ce processus a pour point de départ l'irritation physiologique déterminée par l'éruption, l'évolution et le développement du germe ossifié de la dent permanente. Le périoste de la dent caduque et les éléments conjonctifs de la cloison folliculaire deviennent le siège d'une prolifération très active aboutissant à la formation d'un tissu semblable à la moelle embryonnaire (papille absorbante, corps fongiforme). Ce nouveau tissu sera agent de formation suivant le degré de l'irritation ; mais, quand les choses se passent d'une façon normale, il y a évidemment prédominance du tissu destructif. La cloison alvéolaire est

1. *Journal des Sciences Médicales de Lille*, 1883.
2. *Comptes rendus de la Société de biologie* 1887.

d'abord atteinte, puis le cément de la racine de la dent caduque, enfin l'ivoire, même l'émail. »

Or, que se passe-t-il dans le dernier temps de l'éruption des dents temporaires? Tout d'abord résorption de la paroi alvéolaire antérieure, résorption qui permet à la dent de progresser en avant, puis compression et érosion successives du sac folliculaire et de la muqueuse gingivale, enfin apparition de la dent et élévation contemporaine des parois alvéolaires qui viennent enserrer la dent au-dessous du niveau de son collet.

Ne voit-on pas immédiatement l'analogie frappante qui existe entre ce phénomène d'éruption des dents temporaires et celui de la résorption de leurs racines? N'observe-t-on pas là cette ostéite simple se traduisant par des phénomènes alternatifs de résorption et de production osseuse, et ne devient-il pas facile avec la lumineuse théorie du Dr Redier de suivre pas à pas le phénomène d'éruption dans toute son intimité?

L'organe dentaire en effet, pourvu de tous ses tissus formateurs, ayant sa forme et presque son volume définitifs lors de la séparation du follicule et du cordon secondaire, a employé les quatre derniers mois de la vie intra-utérine et les trois premiers de la vie infantile à se calcifier, à s'organiser définitivement. Vers le troisième mois la dent (incisive) commence sourdement et lentement son éruption, la racine apparaissant dès cette époque. Enfin, vers le sixième mois, l'éruption se précipite. La couronne dentaire s'élevant rapidement et ne pouvant passer par l'ouverture alvéolaire trop étroite, vient comprimer le sac folliculaire. « Ce sac folliculaire, nous dit Magitot[1], renferme un système vasculaire très riche; il provient de plusieurs branches qui se détachent du rameau de l'artère dentaire destiné au bulbe et s'en séparent à la base même de celui-ci. Ces branches s'élèvent ainsi verticalement dans l'épaisseur de la trame cellulaire et s'y ramifient délicatement. Par-

---

1. *Dictionnaire Encyclopédique* Art. Dent. p. 68 et 69.

venues au sommet du follicule où elles représentent des capillaires très déliés, elles s'anastomosent avec les extrémités terminales des capillaires propres de la muqueuse dans la région occupée par le cordon cellulaire qui réunit celle-ci au follicule... Quant aux nerfs, ils sont en très petit nombre et émanent de quelques filets détachés du nerf dentaire au point d'insertion du follicule. On les rencontre dans toute l'étendue de la paroi, jusqu'au sommet, qu'ils débordent même pour se perdre dans le tissu lamineux ambiant ».

On conçoit dès lors que la couronne, venant comprimer une paroi si faiblement innervée qu'elle soit, va produire un certain degré *d'irritation*. Mais il y a plus: cette même compression de la couronne va produire une intense *congestion* de la paroi folliculaire et par l'intermédiaire des anastomoses décrites par Magitot, de la congestion de la muqueuse gingivale. Or, cette muqueuse gingivale, nous le savons, est une fibro-muqueuse si intimement unie au périoste sous-jacent qu'au point de vue chirurgical on ne peut les séparer et qu'on peut les considérer comme un seul et unique tissu. La congestion qui, du sac folliculaire se propage à la gencive, atteindra donc aussi le périoste.

Mais le périoste n'est-il pas *l'agent actif* de ces phénomènes d'ostéite raréfiante, puis condensante qui constituent pour la plus grande part l'éruption dentaire? Cette congestion provoquée par la dent, alors qu'elle est encore dans la profondeur des mâchoires, ne devient-elle pas, comme le dit M. Mahé[1], « le coup de fouet nécessaire, le déclanchement qui va mettre en action les modifications constituant le phénomène d'éruption? »

La couronne dentaire en effet, s'avançant à la place laissée libre par la résorption de la paroi alvéolaire antérieure, se dirige dès lors verticalement vers la crête alvéolaire. Elle comprime, soulève et érode successivement le sac folliculaire, la muqueuse gingivale et se montre à l'extérieur.

---

1. Mahé, *Lettre à M. Loup*, 1895.

En même temps, nous le rappelons, se produit le phénomène d'*ostéite productrice* qui amène très rapidement l'élévation de la paroi alvéolaire correspondant à l'élévation de la dent et le resserrement de cette même paroi autour du collet. C'est là, pour nous, le second temps de l'ostéite dont nous avons montré la naissance.

L'éruption des incisives centrales inférieures, que nous avons prises comme types d'études, est dès lors terminée. Nous sommes au septième ou au huitième mois de la vie infantile.

Tel est, selon nous, le mécanisme physiologique de l'éruption des dents temporaires. Nous ne prétendons pas avoir imaginé ce mécanisme de toutes pièces. Nous avons seulement essayé de donner une interprétation physiologique aux faits anatomiques les plus solidement établis par les auteurs.

Mais, pour compléter ce chapitre, nous devons maintenant nous demander à quoi correspond dans l'organisme ce travail d'éruption, quelle est son intime signification. De nombreuses théories ont été émises à ce sujet. Nous n'en citerons que deux des mieux conçues : celle de Delabarre et celle de Blacke et Serres, nous réservant d'en développer une plus récente qui nous a été très obligeamment communiquée par M. Malassez.

Delabarre prétend que le sac dentaire s'insère au bord de la gencive d'une part et d'autre part au collet de la dent. Au moment de l'éruption ce sac se rétracterait et porterait la dent au dehors. Le phénomène d'éruption pourrait donc être comparé à celui de l'accouchement. Ce serait une véritable odontocie.

Blacke et Serres[1] admettent l'existence d'un petit canal, *iter dentis*, situé sur la lèvre interne du rebord alvéolaire des premières dents, et celle d'un cordon plein, formé de tissu fibreux, partant de la gencive pour se rendre aux follicules des dents permanentes et destiné à

---

1. *Nouvelle théorie de la dentition*, Paris 1817.

diriger ces dernières dans leur évolution ; comparant ce cordon à celui du testicule, *gubernaculum testis,* ils l'avaient appelé *gubernaculum dentis.*

Or, les vues remarquables de ces deux derniers observateurs se trouvent absolument confirmées par les récents travaux de M. Malassez [1]. Et l'on peut légitimement appliquer cette théorie à l'éruption des dents temporaires qui se fait absolument dans les mêmes conditions que l'éruption des dents permanentes.

Rappelons-nous la lame épithéliale d'où doit sortir l'organe adamantin, lame qui s'est séparée du follicule vers le cinquième mois de la vie intra-utérine ; rappelons-nous ces bourgeonnements épithéliaux qu'on peut trouver sous la gencive, entre la gencive et le follicule, ou sur la face externe de l'organe adamantin. Qu'est devenu cet épithélium ainsi inclus au milieu du tissu conjonctif? C'est là une question que se sont posée Kölliker, puis Legros et Magitot.

D'après Legros et Magitot [2], ces parties subiraient « une résorption graduelle qui amène leur disparition complète avant le développement complet de la dent ». Kölliker [3], lui, est moins affirmatif; après avoir prétendu que l'organe de l'émail est destiné à s'atrophier et à disparaître, il observe que la gencive du fœtus et du nouveau-né contient de petits nodules de la grosseur d'un grain de mil et il convient que ces glandes pourraient être des nodules épithéliaux, « restes de l'organe de l'émail de l'embryon ». Il ajoute plus loin que « l'atrophie des germes de l'émail n'a pas toujours pour effet leur disparition totale, une partie de ces restes se transformerait en nodules arrondis de cellules cornées ».

M. Malassez, par une série de nombreux et minutieux examens microscopiques, a pu retrouver autour de la

1. Malassez, *Archives de physiologie*, 1885, 3e série.
2. Legros et Magitot, *Origine et formation du follicule. Journal d'anatomie* 1873.
3. Kölliker, *Histologie* p. 494, *Embryologie de l'homme*, p. 852.

racine de la dent de l'adulte des masses cellulaires dont les caractères sont tels qu'on doit les rattacher aux débris épithéliaux déjà décrits. S'appliquant alors à l'étude de ces débris épithéliaux aux divers âges de la vie intra-utérine et de la vie infantile, il a établi : 1° que la lame épithéliale se fragmentait en masses indépendantes lors de l'achèvement du follicule et de sa séparation d'avec le cordon ; 2° que ces masses épithéliales, ainsi que les bourgeons épithéliaux inclus dans la gencive, s'atrophiaient plus ou moins, mais persistaient jusqu'à l'âge adulte et pouvaient être la source de la plupart des tumeurs du maxillaire ; 3° enfin, étudiant en détail ces débris épithéliaux, il a montré qu'ils se présentaient sous forme de traînées dans le trajet des cordons primitif et secondaire et qu'ils siégeaient entre les faisceaux d'un cordon fibreux aboutissant d'une part à une sorte d'encoche de la gencive, d'autre part au sac folliculaire.

Ces traînées se composent de masses épithéliales parfois indépendantes, d'autres fois anastomosées entre elles. Lorsque l'éruption de la dent est imminente et à mesure que la dent progresse, les masses épithéliales les plus rapprochées prolifèrent, forment des *cavités kystiques* au-dessus de la couronne de la dent et semblent préparer ainsi sa sortie. Bien plus, la dent aboutit souvent dans la dernière période de son éruption à une sorte de cavité kystique remplie d'une matière blanchâtre et filante et située immédiatement sous la gencive. Serres, qui avait observé ces kystes sous-gingivaux, les avait crus destinés à secréter le tartre et les avait appelés *glandes tartariques*.

Serres avait donc bien vu quant au processus d'éruption. Il existe un *iter dentis*, sorte de canal osseux plein, et un *gubernaculum* ou trousseau fibreux contenu dans le canal. Ce gubernaculum est bien un guide pour la dent, et les masses épithéliales incluses, par leur prolifération, préparent vraisemblablement l'éruption.

En sorte que, poussant l'analogie plus loin, M. Malassez nous a déclaré qu'il comparerait assez volontiers le phénomène de l'éruption à celui de *l'excrétion d'une glande*,

au moins en ce qui concerne l'organe adamantin. La glande productrice serait l'organe de l'émail, son conduit serait l'ensemble des masses épithéliales comprises dans l'iter dentis, enfin le produit excrété serait l'émail de la dent auquel viendrait s'ajouter une production conjonctive : la dentine et la pulpe.

C'est là une théorie qui semble se dégager parfaitement de l'étude des tissus de la région et du phénomène d'éruption lui-même. L'accroissement de la racine, en effet, ne paraît pas être l'unique cause de l'éruption de la dent, comme l'a prétendu Magitot. Ch. Tomes [1] nous apprend en effet que la couronne ne s'élève pas proportionnellement à l'accroissement de la racine. De plus, comme le disent MM. Demontporcelet et Decaudin [2], comment s'expliquerait-on avec cette théorie que des dents à racine atrophiée ont fait leur apparition dans la bouche pendant que d'autres à racines parfaites sont restées incluses dans les maxillaires pendant toute la vie ? Il y a là un phénomène intime, un acte physiologique spécial à l'organe, que nous ne pouvons encore pénétrer.

Telle est l'étude anatomique que nous avons faite de l'éruption des dents temporaires, étude dans laquelle nous nous sommes appuyé sur les travaux des anatomistes les plus autorisés et aussi sur les remarquables communications de MM. Loup et Mahé.

(A suivre.)

---

1. Ch. Tomes, *Anatomie dentaire*, Trad. Cruet, p. 195.
2. Demontporcelet et Decaudin, *Anatomie dentaire*, p. 155.



SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 11 *avril* 1899

Présidence de M. Lemerle, président

La séance est ouverte à 9 heures un quart.

M. Lemerle. — Pour des raisons indépendantes de sa volonté, notre secrétaire général n'a pu faire publier le procès-verbal de notre dernière réunion avant notre séance d'aujourd'hui ; nous en ajournons donc l'adoption jusqu'à ce qu'il ait paru.

I. — Anesthésie locale par la nirvanine, par M. Bonnard.

M. Bonnard donne lecture d'une communication sur ce sujet. (Voir *Travaux originaux*, n° du 30 avril 1899.)

Discussion

M. Godon. — Sur combien de malades ont porté vos expériences à la clinique de l'Ecole ?

M. Bonnard. — Sur 44 malades. A l'un d'entre eux — une femme — nous avons enlevé 15 dents (Il lit l'observation relative à cette malade).

M. Godon. — Quelle quantité avez-vous injectée ?

M. Bonnard. — Trois centimètres cubes de solution aqueuse. Comme le produit est très soluble dans l'eau, il faut donner la préférence aux solutions aqueuses.

M. Martinier. — J'ai vu opérer la malade en question ; elle n'a accusé aucune douleur. Elle est ensuite venue à mon service de prothèse et j'ai pu la suivre pendant un mois environ ; je n'ai constaté aucun accident post-opératoire.

M. Bonnard. — J'ai enlevé à une patiente 3 dents avec la nirvanine et une 4e avec le coryl ; l'odeur de celui-ci lui a rappelé le chloroforme et elle a eu une crise d'hystérie. Une autre fois, je lui ai donné une injection à 5 o/o de nirvanine et je n'ai pas eu d'accidents.

M. Szwaycarski. — Il n'y a pas de contre-indications ?

M. Bonnard. — Non ; il n'y a pas d'accidents toxiques avec cet agent. J'ai une observation dans laquelle la cocaïne était contre-indiquée et où j'ai pu employer la nirvanine.

M. Sauvez. — Dans les expériences physiologiques les injections ont été faites dans le tissu musculaire ; il faut 30 centigr. de nirvanine

par kilog. de lapin pour tuer l'animal, tandis que 7 centig. de cocaïne suffisent. Comme jusqu'ici il s'est agi d'injections intra-musculaires, il faudrait faire maintenant des injections intrapéritonéales de ce produit.

M. Bonnard. — Une aiguille s'est cassée dans la cuisse d'un lapin ; il a fallu inciser celle-ci pour la retirer ; or, le lendemain, la cicatrisation de la plaie était parfaite.

M. Sauvez. — Avez-vous revu les malades ?

M. Bonnard. — Tous, et je n'ai pas constaté d'eschares. Cependant ce produit présente quelque chose de regrettable : c'est un empâtement, peu considérable toutefois. Dans les hôpitaux où l'on opère avec la nirvanine on ne remarque pas d'œdème ; je m'étonne que l'œdème soit particulier à la bouche.

M. Martinier. — L'avantage principal de ce produit, c'est de permettre un grand nombre d'extractions dans la même séance.

M. Gross. — M. Bonnard a-t il d'autres malades que celui que j'ai vu et chez lequel l'anesthésie était parfaite ?

M. Bonnard. — J'en ai d'autres. En augmentant la quantité de liquide injectée vous obtenez une anesthésie que ne donne pas la cocaïne. On peut opérer à 2 0/0. Avec la cocaïne l'anesthésie ne dure pas plus de 20 minutes, tandis qu'elle se prolonge pendant une demi-heure avec la nirvanine. Quand il y a périostite, vous pouvez injecter 1 c.c. 1/2 en tenant compte de la conjugaison des zones anesthésiées.

II. — Indications cliniques d'un cas de prothèse, par M. Martinier

M. Martinier donne lecture d'une communication sur ce sujet et présente les moulages pris avant, pendant et après le traitement. (Voir *Travaux originaux*, nº du 15 mai 1899.)

Discussion

M. Mendel Joseph. — Quand M. Martinier a examiné le contenu radiculaire, la décomposition a amené des dégagements de gaz ; y avait-il des conduits fistulaires ?

M. Martinier. — J'ai accusé, au début, des accidents infectieux ; mais je n'ai rien trouvé. Il est possible qu'il y ait eu une voie d'évacuation, c'est même certain ; mais le pertuis que j'ai sondé, parce qu'il était apparent, était fermé.

M. Ronnet. — Vous avez vu des racines noyées dans le tissu et qui cependant étaient tolérées. Je crois qu'il y a toujours un pertuis.

M. Choquet. — Dans un autre ordre d'idées, j'ai à signaler le cas d'une malade portant un appareil inférieur en métal. Cet appareil était très étroit et s'appliquait intimement sur la gencive. Cette ma-

lade ne retirait jamais sa pièce et ne se brossait pas les dents. Ayant eu occasion de voir cette personne pour faire une extraction, je remarquai que la partie de l'appareil située immédiatement derrière les dents était absolument incluse, enclavée dans la muqueuse qui l'avait recouverte entièrement. Pour retirer cet appareil j'ai été obligé de débrider au bistouri. S'il n'y avait pas eu une ouverture représentée par la soluton de continuité de la gencive à chaque extrémité de la pièce, il est certain qu'on aurait eu des accidents infectieux.

Comme on le voit, c'est un peu différent du cas de M. Martinier, mais il existe cependant une certaine analogie entre ces deux observations.

M. Lemerle. — Ceci nous montre qu'il faut bien examiner son malade pour voir le résultat qu'on peut obtenir. C'est ainsi qu'avec un examen minutieux M. Martinier est parvenu à un résultat qui est bien supporté.

III. — Couronnes de porcelaine et travaux de céramique, par M. Harwood

M. Godon.— Au Congrès de Lyon M. Harwood nous a montré des couronnes de céramique très intéressantes. Tandis que la céramique ne donnait autrefois pour les couronnes que des résultats incertains, maintenant que nous avons le fourneau électrique, sa manipulation est devenue beaucoup plus simple et a pris de grands développements. M. Harwood m'a adressé un certain nombre d'échantillons de ses travaux, apporte une contribution nouvelle à la dentisterie prothétique, ainsi qu'une communication dont il m'a chargé de vous donner lecture à ce sujet (il la lit). (Sera publiée dans le prochain numéro.

Discussion

M. de Marion. — La maison Ash vient de fabriquer un nouvel émail qui ne peut s'appliquer sur l'or fin.

M. Bonnard. — Celui-ci ne pourrait pas se vulcaniser.

M. Godon. A l'aide du fourneau électrique on fixe des pivots dans les dents et l'on profite ainsi de tous les avantages de la dent Logan.

J'ajoute que le raccommodage avec le fourneau électrique est très aisé et donne une solidité plus grande.

M. de Marion. — Je me suis livré à des expériences sur les émaux et la porcelaine et ne suis parvenu à cuire que des émaux, mais non de la porcelaine ; or, les premiers ont un grave inconvénient : quand nous cuisons avec du caoutchouc, le rose devient noirâtre. J'ai essayé avec des fours plus puissants ; je suis arrivé à dépenser 37 francs de gaz par heure ! Avec un fourneau de fondeur d'or on em-

ploie aujourd'hui de petits cônes qui fondent à une température donnée ; à l'aide de ces températures connues on a établi une échelle.

J'ai répété mes essais au laboratoire du Collège de France dans un four à récupération de Bigot et j'ai cui admirablement sans souffler. On obtient souvent de la porcelaine poreuse ; or, bien que je fusse pressé par les circonstances, j'obtenais de la porcelaine compacte, d'où je conclus que c'est la température qui nous manque.

Certes M. Harwood nous présente des couronnes très intéres santes ; mais il s'agit de les placer dans la bouche, et cela sera difficile parce que son émail occupe beaucoup de place autour de l'extrémité de la racine. Si vous avez à coiffer une racine proéminente, que vous ne pouvez limer au ras de la gencive, avec l'épaisseur d'émail qui couvre cet anneau, la partie antérieure se détache ; on a beau faire des trous, si l'on a fait des morceaux d'émail, le platine se détache comme s'il n'y avait point de trous.

M. Godon. — Cela peut arriver, c'est vrai, mais non si vous prenez certaines précautions.

M. Harwood nous montre une série de types qui s'appliquent à des cas différents. La bague peut passer dans l'endroit le plus mince, mais sa couronne en émail ne s'applique évidemment que s'il n'y a pas d'articulation qui la gêne.

M. Platschick. — On peut faire une couronne d'émail en un seul morceau ; mais il faut qu'elle soit couverte d'un morceau de platine et vous aurez alors un morceau de porcelaine qui aura la hauteur voulue. J'ai vu, pour ma part, une couronne très basse dont l'émail n'est pas cassé.

Il faut noter que la porcelaine d'Ash fond à une température très élevée, mais non dans le four électrique ; on arrive à fondre le nickel à 1400°.

M. de Marion. — La pâte d'Allen est une porcelaine riche en feldspath qui fond à 1200°.

Dans cet ordre d'idées nous avons un vaste champ ouvert à nos recherches et nous sommes appelés à faire de jolis travaux en porcelaine ; malheureusement nous ne connaissons pas la composition de ce que nous avons entre les mains. Il nous manque aussi des fours pouvant nous donner les températures élevées dont nous avons besoin.

M. Viau. — Quelques difficultés que nous éprouvions à trouver des fours susceptibles de nous donner des températures élevées, M. Harwood ne nous en a pas moins montré des choses fort intéressantes ce soir.

M. Lemerle. — Ces coiffes recouvertes d'émail sont en outre susceptibles de se briser et par suite de devenir dangereuses en raison de la déglutition des débris.

IV. — QUELS SONT LES ORGANES CONCOURANT A LA NUTRITION D'UN INDIVIDU ? DU RÔLE DES DENTS ET DES MODIFICATIONS QU'ELLES PEUVENT SUBIR SUIVANT LE DEGRÉ DANS L'ÉCHELLE ZOOLOGIQUE DE L'ESPÈCE ÉTUDIÉE, PAR M. CHOQUET.

M. Choquet donne lecture d'une communication sur ce sujet (Sera publiée ultérieurement.)

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire général,
J. CHOQUET.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

ACTION PRÉVENTIVE DE L'EAU CHLOROFORMÉE CONTRE LES ACCIDENTS POST-ANESTHÉSIQUES DUS AU CHLOROFORME

Communication de M. Weber. *Séance du* 22 *mars* 1899.

M. Weber, ayant eu l'occasion de faire prendre pendant plusieurs mois, après chacun des deux principaux repas, un verre à liqueur de la préparation suivante :

Eau chloroformée	300 gr.
HCl	XII gttes.
Pepsine extractive	6 gr.

à une malade portant une double hernie crurale, et cette malade ayant été opérée pour son infirmité par M. Richelot, rapporte qu'elle n'eut au réveil ni vomissements ni nausées et qu'elle se trouva au contraire dans un tel état d'euphorie que le chirurgien et les assistants en furent étonnés.

Il en conclut que la médication antérieure avait créé chez elle un *véritable état d'accoutumance* vis-à-vis du choroforme.

Il propose en conséquence de faire prendre de l'eau chloroformée durant des semaines entières et même des mois, si possible, avant l'opération.

Quelque efficace que puisse être ce moyen, il est peu probable qu'il entre dans la grande pratique des chirurgiens. Cependant il nous a paru intéressant de le signaler ici, car il se pourrait que le dentiste se trouvât appelé à en profiter et à l'utiliser.

Il est à peu près entendu aujourd'hui que l'anesthésie générale doit être (sauf cas spéciaux) réservée aux extractions multiples — le plus souvent dans un but prothétique — chez les gens exagérément pusillanimes ou très affaiblis — deux choses d'ailleurs qui vont souvent ensemble et qui précisément sont considérées comme modifiant plus ou moins le pronostic de la chloroformisation.

Or, dans un grand nombre de cas, abstraction faite de considérations commerciales, ces interventions n'offrent pas un caractère d'urgence tel qu'il ne soit pas possible d'appliquer un procédé qui aurait pour résultat de diminuer la gravité de l'opération, d'abaisser peut-être la dose de l'anesthésique et d'atténuer sensiblement les suites désagréables de la narcose — le tout sans imposer au praticien autre chose que la peine d'une indication.

C'est pourquoi il nous a semblé bon de signaler le fait relaté par M. Weber.

G. M.

4me CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

SESSION DE LYON

12, 13, 14 août 1898.

DE L'INTERVENTION DANS LES CAS D'ABCÈS ET DE FLUXION [1]

Rapport présenté par M. le Dr E. Sauvez,
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris,
Dentiste des Hôpitaux.

(Suite)

SEPTIÈME CHAPITRE

De l'intervention en elle-même.

Nous avons vu, à la fin du deuxième chapitre, que les interventions pouvaient être diverses. Nous allons les passer en revue ; elles peuvent se résumer à quatre :

1° Chercher à amener la résolution de la fluxion.
2° Guider l'évolution de l'abcès.
3° Extraire la dent.
4° Ouvrir l'abcès.

Nous allons examiner les moyens qu'emploiera le praticien pour arriver aux deux premiers buts et les observations qui peuvent avoir trait au manuel opératoire des opérations de l'extraction et de l'incision de l'abcès, en raison de conditions particulières.

1° Chercher à amener la résolution de la fluxion.

Inutile de répéter que ce traitement est à conseiller seulement au moment de la fluxion œdémateuse (1re phase).

Comme traitement local, on fera sur la gencive des scarifications, afin d'amener une émission sanguine suffisante pour décongestionner la région.

Les divers révulsifs employés dans ce but, pointes de feu, applications iodées, sont également indiqués si l'état général du malade s'oppose à l'intervention sanglante.

Comme traitement dentaire, on pratiquera la désobturation de la dent s'il s'agit d'une dent bouchée, sa trépanation avec un foret s'il s'agit d'une dent morte, mais non cariée.

S'il s'agit d'une dent atteinte de carie perforante, non obturée, on la curettera le plus doucement possible, on enlèvera les débris d'ali-

---

(1) V. nos des 30 décembre 1898, 28 février, 15 mars, 15 avril et 15 mai 1899.

ments et la majeure partie des couches de dentine altérée, et l'on fera des injections peu fortement poussées.

Dans tous les cas, lorsqu'on sera arrivé dans la chambre pulpaire, on s'efforcera doucement, lentement, de débarrasser les canaux radiculaires de leur contenu et l'on évitera soigneusement de refouler avec une grosse sonde à canaux ou avec une mèche volumineuse les produits septiques au niveau de l'extrémité apicale, ce qui activerait la marche de la phlegmasie.

La cavité dentaire sera garnie d'un tampon d'ouate hydrophile, non serrée, qui sera renouvelé à tous les repas et qui est simplement destiné à empêcher les aliments de pénétrer dans la dent.

Comme traitement général, on peut conseiller un dérivatif intestinal et des bains de pieds sinapisés.

S'abstenir de sortir, surtout si l'air est froid ou vif.

2° *Guider l'évolution de l'abcès.*

Avant tout, jamais de cataplasmes, jamais de compresses humides, même aseptiques ou antiseptiques, appliquées sur la peau, à moins qu'on n'ait bien l'intention de faire ouvrir l'abcès au dehors, — ce qui est le cas le plus rare et que nous ne supposons pas.

Sur la peau, nous conseillons une couche de teinture d'iode et nous insistons pour que cette teinture d'iode soit celle du codex, qu'elle soit fraîche, pour éviter les accidents qui pourraient résulter de l'emploi d'un flacon ancien, dont l'alcool se serait évaporé. Nous avons vu, dans un cas analogue, toute la peau de la joue soulevée comme par un vésicatoire, ce qui pourrait laisser des cicatrices ou une pigmentation particulière chez certains sujets.

Nous conseillons au malade, si possible, de garder la chambre, de se tenir au chaud et, s'il est obligé de sortir, de porter un bandeau peu serré avec une lamelle d'ouate hydrophile sur la région tuméfiée. Comme traitement intra-buccal, des lavages fréquents toutes les demi-heures, avec une solution chloralée au 1/100, en alternant avec une solution d'eau de guimauve et de pavot boriquée.

Pendant longtemps on a conseillé l'application permanente d'une figue bouillie dans du lait que le malade devait placer, très chaude, dans le cul-de-sac gingivo-labial ou gingivo-génien formé par le vestibule de la bouche à l'endroit précis où l'on voulait attirer la collection purulente. Cette figue devait être remplacée toutes les demi-heures. Nous conseillons plus simplement aujourd'hui de remplacer la figue par des tampons d'ouate hydrophile de la grosseur d'une noix, trempés dans une solution boriquée *chaude*, placés comme il a été dit plus haut et renouvelés également toutes les demi-heures. On pourra employer l'eau de guimauve et de pavot boriquée conseillée au malade pour lavages de la bouche.

Naturellement nous interdisons la teinture d'iode appliquée sur la gencive qui, à ce moment, produirait un effet contraire.

Cette thérapeutique donnera des résultats favorables, même dans des cas où l'abcès est déjà presque collecté et menace de s'ouvrir à la peau, si elle est faite avec soin.

3° *Extraire la dent.*

Nous ne décrirons pas les moyens d'anesthésie à employer pour rendre indolore une extraction faite au moment d'une fluxion ou d'un abcès. Ceci nous entraînerait trop loin et nous avons d'ailleurs traité cette question dans une autre communication cette année.

Nous n'insisterons pas non plus sur la nécessité qu'il y a de désinfecter le champ opératoire, c'est-à-dire la bouche, avant et après l'opération. On fera un nettoyage consciencieux des dents et des parties molles ; ce dernier sera effectué au moyen de tampons d'ouate hydrophile montés sur des pinces ou des excavateurs. Ensuite grands lavages avec solution antiseptique, permanganate de potasse par exemple.

Après l'opération, lavages et injections tièdes antiseptiques dans l'alvéole.

Laisser saigner. Conseiller des lavages antiseptiques pendant deux ou trois jours et des injections alvéolaires que le malade fera lui-même. Faire revenir celui-ci pour constater le résultat de l'intervention et faire par soi-même une antisepsie rigoureuse jusqu'à ce que la guérison de la plaie soit bien assurée.

Naturellement, on n'opérera qu'avec des instruments aseptiques et nous avons l'habitude de faire également aseptiser immédiatement après l'opération les instruments qui nous ont servi, pour plus de sûreté, en cas d'inattention d'un aide.

L'extraction en elle-même sera comme dans un autre cas. Il est nécessaire qu'elle soit complète, car le centre d'infection, nous l'avons vu, est constitué par l'apex de la racine. C'est dans ce cas que l'opérateur devra apporter toute son attention et son habileté pour ne faire sur cette mâchoire si endolorie et si sensible que les efforts strictement nécessaires pour extraire la dent.

Dans les cas d'abcès la dent ou les racines sont mobiles ; si l'abcès est volumineux, et d'ailleurs, dans tous les cas, il faudra pousser le moins possible la dent vers le fond de l'alvéole ; on a vu en effet des dents s'enfoncer dans un abcès volumineux et de plus la pression est très douloureuse. On n'enfoncera que de la quantité nécessaire pour assurer une bonne prise. Nous ne voulons pas, à dessein, entrer dans des considérations plus détaillées à ce sujet, ce chapitre présentant, comme on le conçoit, une série de développements qui seraient en dehors du sujet.

4° *Ouvrir l'abcès.*

On aura soin d'envelopper son bistouri avec de l'ouate hydrophile ou de toute autre façon pour ne le laisser dépasser que de la longueur nécessaire à l'opération. Cette incision doit être faite d'un coup, nettement, d'une main ferme, sans tâtonner. La réfrigération donne une anesthésie très suffisante.

On aura soin de ne pas couper, en retirant l'instrument, la lèvre du malade, surtout si celui-ci est indocile et fait des mouvements intempestifs. On aura soin naturellement de se rappeler ses principaux rapports anatomiques : on pensera, en opérant dans la bouche, au voisinage du canal palatin antérieur, à l'émergence du nerf mentonnier, aux rapports de l'isthme du gosier, s'il s'agit d'un abcès du fond de la bouche.

Si l'ouverture est à la peau, on incisera nettement, assez largement pour que la cicatrice soit linéaire et franche et ne prête pas à confusion avec une cicatrice d'abcès froid de la région cervicale. On pensera au voisinage et à la direction de l'artère faciale, de la veine faciale, du canal de Sténon, des filets du nerf facial, de l'artère transverse de la face, etc.

D'ailleurs nous avons décidé de n'ouvrir que lorsque le pus est à fleur de peau ; par conséquent, il y a peu de chance de léser ces divers vaisseaux ou organes.

Quand un abcès sera ouvert, soit spontanément, soit par suite de l'extraction de la dent, soit par incision chirurgicale, on aura toujours soin, après l'avoir vidé, de le laver avec une solution antiseptique, surtout quand il s'agit du maxillaire inférieur.

Quand un malade n'a eu aucun symptôme net d'abcès du sinus et que, la dent étant extraite, nous trouvons au fond de l'alvéole une cavité intra-osseuse se dirigeant du côté du sinus, nous ne faisons plus de lavages *profonds.*

Etant donné la situation de l'abcès, la guérison est la règle, sans injections, et, par contre, nous avons vu souvent, en faisant des injections dans le fond de ces alvéoles, surtout lorsqu'il s'agit de premières grosses molaires, l'extrémité de notre seringue ou de notre poire à lavages pénétrer dans le sinus maxillaire, ce dont nous avions la preuve parce que nos lavages ressortaient par le nez.

Or si, jusque-là le sinus avait été respecté, si même une membrane extrêmement mince persistait encore, ce lavage profond avait eu pour effet de perforer cette dernière barrière et de mettre en communication le sinus avec le fond de l'alvéole infecté. Malgré toute l'asepsie possible de la seringue même, cet instrument s'était infecté en passant dans l'alvéole et la cavité de l'abcès.

Ces perforations ont été suivies d'inflammations du sinus, dans

certains cas. Celles-ci étaient d'ailleurs peu graves, puisque toutes ont guéri facilement ; mais nous pensons que dans ce cas il n'est pas indiqué de faire des lavages dans cette région ; nous voulons, bien entendu, parler de lavages intra-alvéolaires profonds, qui peuvent amener parfois des complications et que nous croyons inutiles, puisque le pus a une tendance à s'écouler normalement.

(A suivre.)

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 Une personne possédant le diplôme de l'*Ecole Dentaire de Genève*, cherche **PLACE D'ASSISTANT**. Pour renseignements s'adresser Maison P.-A. Kœlliker et Cie, 58 *bis*, Chaussée-d'Antin, Paris. (147-1)

---

2 **UN JEUNE HOMME** sérieux, ayant travaillé pendant une année et demie chez un dentiste et suivi pendant 3 semestres l'*Ecole Dentaire de Genève*, cherche pour le mois d'août une place d'**assistant.** Ecrire aux initiales X. Y. 100, aux soins de M. Ed. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (146-1)

DANS VILLE DE 35,000 AMES, *station hivernale* (à cette époque, population augmentée d'un 1/3), à vendre **Cabinet dentaire** en pleine prospérité. Résultats obtenus: première année 20,000, deuxième année 26,000, et actuellement 30,000 francs.

3 Prix 40,000 fr. dont 25,000 fr. comptant ou 35,000 fr. sans mobilier ni accessoires. Installation récente et de premier ordre. Tour électrique, etc., etc. Pour renseignements, s'adresser Maison P.-A. Kœlliker et Cie, 58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris. (144-145-2)

---

4 **UN JEUNE DOCTEUR** désire prendre quelques **leçons de prothèse.** S'adresser au Dr Thouvenin, à Bonnelles (Seine). 143-2)

---

5 **A CÉDER** dans des conditions *particulièrement avantageuses* excellent cabinet dans chef-lieu de département du *sud-ouest.* Pour tous renseignements s'adresser à M. Wenger, 22, rue du 4 Septembre. (142-2)

---

6 **CABINET A CÉDER** *tout de suite.* Affaires 10,000 francs. Superbe installation, 47 ans d'existence, prix 6,000 francs. Écrire aux initiales A. X., aux soins de M. Ed. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (141-3)

---

7 M. Crispin, à Fléac, par Pons (Charente-Inférieure), achèterait d'occasion un **fauteuil d'opération** en bon état, pour dentiste. Lui écrire. (140-4)

---

8 **ON DEMANDE** pour ville du Midi, *station d'hiver*, un **très bon opérateur,** connaissant parfaitement l'aurification et possédant le diplôme d'une des Ecoles de Paris ou celui de la Faculté de Médecine. Ecrire aux initiales A. D. P. aux soins de M. Ed. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (139-4)

---

9 **COMPTABLE,** très au courant des écritures d'un dentiste, désire emploi fixe ou de quelques heures, ou travaux d'écriture. E. Husson, 100, rue Truffaut. (137-5)



LES OBTURATIONS DE PORCELAINE

Par M. Joseph Head.

Traduit du *Dental Cosmos* par M. G. Gross, chef de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris.

L'obturation de porcelaine est à l'ordre du jour. Son aspect naturel, sa grande résistance aux agents chimiques doivent faire prendre ce travail en sérieuse considération et tous nos efforts doivent tendre à le perfectionner. Si l'on en juge par les résultats déjà obtenus, on peut dire, sans crainte d'être démenti par les faits, que l'obturation de porcelaine est l'*obturation de l'avenir*, — le mot est de M. Godon. Les premiers essais faits avec du verre étaient défectueux surtout au point de vue de la nuance qui changeait et devenait plus foncée au bout de quelque temps ; ils avaient jeté un certain discrédit sur ce genre de travail.

Trois choses étaient à trouver avant de pouvoir espérer un résultat sinon parfait, du moins satisfaisant :

Une porcelaine solide et de nuance fixe.

Un fourneau pratique et peu encombrant, capable de fondre cette porcelaine.

Une méthode d'empreinte pouvant donner une reproduction exacte de la cavité et, après la cuisson, un bloc non déformé s'adaptant parfaitement à cette cavité.

Le premier point me semble résolu par les corps à haute fusion que nous possédons actuellement et en particulier par l'assortiment d'Ash qui est une véritable porcelaine, permettant de reconstituer les contours et les angles.

L'emploi du fourneau électrique, donnant de hautes températures, élégant, peu coûteux, d'usage commode, nous a donné le second point.

Le troisième problème, le plus difficile, s'il n'est complètement résolu, me paraît avoir fait un grand pas au moyen de la méthode du *double brunissage* sur laquelle M. Head insiste avec juste raison, car elle donne en effet des résultats superbes.

A l'état actuel le travail de porcelaine est facilement utilisable et doit entrer dans la pratique courante.

Les Américains et les Anglais nous ont devancés sur ce terrain ; aussi nous faut-il profiter de l'expérience qu'ils ont acquise. Les traductions que j'ai tentées ont pour but de faire connaître à mes con-

frères les petits procédés qu'ils emploient et dont une longue pratique leur a montré l'utilité.

Afin de donner diverses opinions, j'ai fait suivre la communication de M. Head à la Société Odontologique de New-York d'un extrait de la discussion qu'elle a provoquée et d'une lettre de M. J. Léon William, de Londres, adressée au Rédacteur en chef du « Dental Cosmos », qui peut être rattachée à cette discussion.

G. G.

La cavité doit être arrondie et sans angles rentrants. Si ceux-ci sont inévitables par suite d'une carie exagérée, ils serontobturés avec de l'oxyphosphate de zinc.

Il faut que les bords soient très vifs et à angle droit à la surface triturante où la mastication se produit ; ceci s'obtient surtout en leur donnant le poli final au moyen d'une petite fraise à finir.

La cavité étant préparée, il faut en prendre une matrice ou moule avec du platine laminé à une épaisseur extrêmement faible.

Ce platine, s'il est recuit au chalumeau ou à la flamme Bunsen, sera dur et impropre à l'usage ; mais s'il est recuit dans un mouffle ou dans le fourneau électrique, il devient souple et mou.

Il est placé sur la cavité, les bords délicatement définis au moyen d'un brunissoir, et alors repoussé vers le fond en ayant soin de ne pas déplacer le platine après que les bords ont été dessinés. Si le fond se déchire, cela est de peu d'importance, car la porcelaine ne coulera pas à travers la fissure, mais, au contraire, s'en éloignera. Cependant une déchirure sur le bord rendra sûrement l'adaptation du bloc défectueuse.

Lorsque l'empreinte est moulée autant que le brunissoir le permet, on tasse dedans du papier absorbant ou du coton et l'on peut ainsi obtenir un résultat presque parfait. Les bords sont de nouveaux lissés et le coton est enlevé. Quelquefois l'empreinte vient avec le coton ; mais si cela ne se produit pas, il faut chasser doucement le platine hors de la cavité avec un excavateur, ce qui est aisément accompli sans déformation, le brunissoir ayant rendu le platine dur et élastique.

Le platine paraît préférable à l'or pour prendre cette empreinte. Ceux qui ont employé les deux le trouvent plus souple et plus ductile, et, ce qui est de grande importance, capable de résister aux plus hautes températures. Ce dernier point est capital, car les pâtes, qui fondent à de hautes températures, paraissent plus solides et permettent plus aisément de reconstituer les formes que celles qui fondent à 2.000° Fahrenheit ou au dessous. Leurs nuances semblent aussi moins sujettes à varier pendant la cuisson.

On choisit la teinte du bloc au moyen d'un jeu de nuances qu'on peut trouver chez les fournisseurs avec les poudres correspondantes. Les jaunes, les bruns, les bleus et le blanc sont les seules couleurs que nous employions pour les dents. La couleur base des neuf dixièmes des obturations de porcelaine est le jaune clair, et le blanc, ajouté selon

qu'il est nécessaire, permettra d'obtenir dans un nombre considérable de cas tout ce qu'on peut exiger comme nuance parfaite. Si l'on désire une teinte quelconque, il faut en premier lieu s'assurer de la couleur base, y adjoindre la substance qui donne le ton, et cette difficulté apparente se trouve être insignifiante.

La poudre mélangée étant mouillée avec de l'eau distillée, puis séchée au moyen de papier buvard jusqu'à la consistance de la pâte, est introduite dans l'empreinte et tassée au fond par quelques coups donnés sur des pinces qui tiennent le platine. Il ne faut pas la laisser venir tout à fait jusqu'au bord.

Après avoir soigneusement séché, on place le tout dans le four électrique et l'on cuit jusqu'à ce qu'on voie la pâte devenir brillante, ce qui demande cinq à sept minutes. On l'enlève alors, on la laisse refroidir et on la replace dans la cavité où les bords sont une fois de plus brunis et lissés.

Ceci est la partie la plus importante de l'opération. Quelle que soit la perfection de la première adaptation, les bords ont été nécessairement déformés par l'expansion et la contraction inégales de la porcelaine et du platine, mais cette deuxième application donne une adaptation qu'on peut pratiquement considérer comme parfaite.

L'empreinte à moitié remplie est alors enlevée, complétée sur les bords avec de la porcelaine et on la soumet à la cuisson finale. On fait une troisième addition de porcelaine, s'il y a lieu, mais cela n'est ordinairement pas nécessaire.

Lorsque la cuisson est terminée, on peut sortir le bloc du fourneau presque immédiatement, car en pratique il n'y a guère que les très grandes pièces qui nécessitent un refroidissement lent, quoique théoriquement un refroidissement graduel rende la porcelaine moins cassante. Le platine est ensuite enlevé, toujours en l'arrachant du bord. Si on l'enlevait en se dirigeant du centre vers le bord, un éclat serait à craindre.

Le bloc d'émail est ainsi prêt à être inséré. On peut faire des points de rétention dans la cavité et, lorsque cela sera possible, on fera des rainures dans la porcelaine au moyen d'une roue diamantée mince, en prenant soin de ne pas ébrécher les bords. Si des rainures ne sont pas faisables, on enlèvera au moins le vernis qui se trouve à la partie interne afin que le ciment ait la possibilité d'y adhérer. Enfin la cavité et le bloc ayant été lavés à l'alcool et séchés, on fait du ciment de consistance crêmeuse, d'une couleur se rapprochant le plus possible de celle de la dent et on le place dans la cavité ; puis le bloc d'émail fixé sur la spatule au moyen d'un peu de ciment y est introduit à son tour et pressé.

La porcelaine doit être maintenue en position une minute ou deux jusqu'à ce que l'oxyphosphate ait perdu son élasticité, car, quelle que soit la perfection d'ajustement du bloc, s'il n'est pas introduit à sa place, les bords seront aussi imparfaits que si l'on avait employé les vieilles méthodes de brunissage. Ainsi un ciment très crêmeux et à prise lente est essentiel. Lorsque le bloc est en place, on peut activer le durcissement du ciment au moyen d'un courant d'air chaud ou par

l'application sur la porcelaine d'un instrument chaud. Quand les bavures de ciment sont enlevées et que la dent est nettoyée, on recouvre l'obturation de paraffine ou de vernis pour que le ciment durcisse à l'abri de l'action de la salive pendant six heures.

Le jour suivant, on peut meuler le bord avec une petite meule ou le polir avec du papier émeri. Il vaut mieux que les bords soient plutôt un peu en contre-bas que trop hauts. Si la porcelaine est trop haute, elle peut être meulée et donnner encore de bons résultats, mais dans le plus grand nombre de cas on doit chercher à conserver le vernis original.

Il ne faut jamais essayer de mettre des obturations de porcelaine plus petites qu'une tête d'épingle, car il sera difficile d'obtenir de bons bords et la couleur sera défectueuse.

Dans les obturations des faces labiales faire les cavités suffisamment larges ou bien on verra le ciment par transparence, ce qui changerait la nuance.

Si vous reconstituez un coin, faites le bord de porcelaine à angle droit avec le bord tranchant, ou un éclat se produira certainement. Un bloc de porcelaine coulé dans la dent donne une rétention beaucoup plus solide qu'un crampon de platine. Le platine peut jouer et, de toutes les façons, tend à affaiblir la masse de porcelaine.

En reconstituant des angles ou de grands contours, placer un morceau de dent en porcelaine, de couleur approximative, dans l'empreinte et mettre de l'émail autour. Ceci prévient la contraction trop grande et rend facile la construction d'un angle vif.

Dans les obturations et les angles des surfaces labiales on doit obtenir la teinte exacte de la dent; mais dans les obturations des surfaces proximales, qui sont dans l'ombre de la dent, il résultera d'un assortiment exact de la porcelaine avec la couleur de la dent, que l'obturation aura l'air plus foncée lorsqu'elle sera scellée au ciment. Que l'ombre qui existe entre les dents soit réfléchie à travers la porcelaine et arrêtée par le ciment environnant, cela est possible ; mais que cette explication soit satisfaisante ou non, le fait n'en demeure pas moins que, si dans les obturations proximales on n'emploie pas de la porcelaine beaucoup plus claire que la dent, l'obturation terminée sera trop foncée.

Lorsque vous maniez de petits blocs, tenez les pinces et la cavité mouillées : l'attraction capillaire préviendra la chute du morceau d'émail et sa perte.

Lorsqu'un petit bloc est prêt à être inséré, il faut le placer sur la tablette dans la même position que celle qu'il doit occuper dans la dent. Cela prévient des erreurs qui pourraient se produire selon le côté qui serait placé en premier lieu lorsque le ciment est mélangé.

Les endroits les plus favorables au travail de porcelaine sont les surfaces labiales et buccales des dents antérieures jusqu'aux deuxièmes prémolaires, partout où les cavités peuvent être facilement atteintes et le platine aisément manipulé. Il en est de même des obturations des angles des faces proximales; mais il faut qu'il y ait une large séparation qui permette la libre sortie de l'empreinte. Ce man-

que de séparation occasionne plus d'échecs que toute autre cause.

Plus le bloc est placé loin dans la bouche, plus il a de pression à supporter; et tandis que j'ai plusieurs obturations de porcelaine rendant de bons services dans les prémolaires, une ou deux toutefois ont été cassées.

Eu égard au point faible de ce travail, c'est-à-dire à l'inévitable ligne de ciment qui maintient la porcelaine en position, je tiens à rappeler qu'il y a huit ans j'obturai des dents avec de l'émail de Timme et que je dus les défaire quatre ans après parce qu'elles avaient noirci, vu la porosité de la matière; mais les bords étaient bons et le ciment n'était pas dissous. Avec l'émail de Downie, de date plus récente, j'ai eu des résultats semblables : les bords étaient bons, mais la couleur n'était pas satisfaisante.

Mon frère, qui a pratiqué plusieurs années en Espagne, a vu de bonnes obturations de verre qui étaient restées huit ans en place et qui semblaient vraisemblablement pouvoir rester au moins huit années de plus.

Ainsi, en dépit de toutes les objections, le fait que de bonnes obturations de porcelaine scellées peuvent durer indéfiniment recommande cette pratique à l'attention bienveillante de la profession, surtout si l'on considère que la porcelaine, comme substance et comme aspect, se rapproche plus de la structure naturelle de la dent que toutes les matières obturatrices qu'on a employées jusqu'ici.

(A suivre.)

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

Z. Bajus (*Éditeur de musique*), AVESNES-LE-COMTE (Pas-de-Calais).
D[r] Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
Billard, L. Lemaire, s[r] (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264,30.**
B Bourdallé (*Produits anesthésiques*), 127, faubourg Poissonnière, PARIS.
Comptoir international (*Fourn. gén.*), 137, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**
J. Fanguet (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.
V[ve] Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.
Gardenat (*Prothèse à façon*), 10, rue du Havre, PARIS.
M[me] Jourdain (*Ciment Telschow*), 4, rue de Moscou, PARIS.

TÉLÉPHONE 214-47 — **P.-A. Kœlliker et C[ie]** — *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes. — 58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin, PARIS. 45, rue de la République, LYON ; 18, allées de Tourny, BORDEAUX ; ZURICH. — GENÈVE.

L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**
A. Majesté et L. Bouchardeau, (*Impressions en tous genres*). — 70, boulevard Montparnasse, PARIS. CHATEAUROUX.
Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 67, rue Daguerre, PARIS.
P. Périé fils (*Fournitures générales*), 44, allée Lafayette, TOULOUSE.
B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

Reymond frères (*Fournitures générales.*) — 22, rue Le Peletier, PARIS. 44, place de la République, LYON. 14, rue de Stassart, BRUXELLES. 4, rue du Grütli, GENÈVE.

L. Richard-Chauvin et C[ie] (*Gutta*), 1, rue Blanche, PARIS.
Victor Simon et C[ie] (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**
Société chimique des Usines du Rhône. — *Chlorure d'Ethyle.* *Or de Genève.* — 8, quai de Retz, LYON. 14, rue des Pyramides, PARIS.
Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.
Vinsonnaud (*Assurances contre les accidents*), 20, rue Scheffer, PARIS.



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

DE L'USAGE DU PHOSPHORE DANS LA FABRICATION DES ALLUMETTES CHIMIQUES

Par M. le Dr GEORGES CUNNINGHAM, M. A., M. D., S.

Nous éprouvons un plaisir particulier à présenter à nos confrères le rapport que M. Cunningham vient d'adresser au Secrétaire d'État au Ministère de l'Intérieur de l'Angleterre sur « l'usage du phosphore dans la fabrication des allumettes. »

Ce sentiment de plaisir procède de deux sources : d'abord des qualités intrinsèques inhérentes à la nature même de cet intéressant travail, qui est une étude consciencieuse, documentée et vraiment complète. L'auteur y examine avec un égal soin les aspects les plus divers de son sujet; mais c'est surtout la question dominante, celle de la nécrose phosphorée des maxillaires, qu'il traite avec une grande compétence. Il s'efforce de mettre en relief le rôle et la portée précise de chaque facteur en particulier, l'importance de l'action combinée des différents facteurs pathogéniques réunis, les relations réciproques de ces facteurs, d'apparences parfois si diverses et hétérogènes. L'auteur n'oublie à aucun moment le caractère essentiellement professionnel de son sujet et apporte à la démonstration de ses idées des documents nombreux et péremptoires.

Le rapport de M. Cunningham est divisé en six grands chapitres et ne contient pas moins de 120 pages in-folio.

I. Histoire de la fabrication des allumettes phosphorées et origine de la nécrose phosphorée.

II. Notes sur les visites d'inspection faites par l'auteur aux différentes fabriques des allumettes en Angleterre.

III. La nécrose phosphorée, ses causes et ses accidents.

IV. La question de la nécrose phosphorée envisagée au point de vue dentaire.

V. Visites d'inspection aux manufactures des allumettes en France.

VI. Conclusions et recommandations spéciales.

Le dernier chapitre est accompagné d'un annexe assez volumineux contenant un grand nombre de documents, les uns d'intérêt scientifique, les autres simplement administratifs.

Rien n'a été négligé par l'auteur pour projeter sur la question le maximum de clarté; planches photographiques, illustrations schématiques, bulletins sanitaires, interviews, statistiques, formules, prescriptions d'hygiène, textes législatifs, tout a été mis à contribution avec un soin d'exposition et de méthode digne de tout éloge. Ajoutons à cela les qualités habituelles du style de l'auteur, la clarté et l'élégance, qui donnent à cette étude un intérêt non seulement scientifique, mais aussi littéraire.

La seconde source de plaisir que ce travail nous procure tient, en quelque sorte, à ses qualités extrinsèques. En effet, le rapport de M. Cunningham fait partie intégrante du *Livre bleu officiel* où, en dehors de l'étude en question, figurent deux autres rapports, ceux du professeur Thorper et du professeur Oliver, le premier envisageant le sujet au point de vue chimique, le second au point de vue médical.

Le chimiste, le médecin et le dentiste figurent donc ici, sans distinction aucune, au même titre et à rang égal devant l'œuvre générale du législateur, apportant chacun dans les limites de leurs fonctions professionnelles leur contribution respective à l'œuvre de bien-être et de conservation sociale.

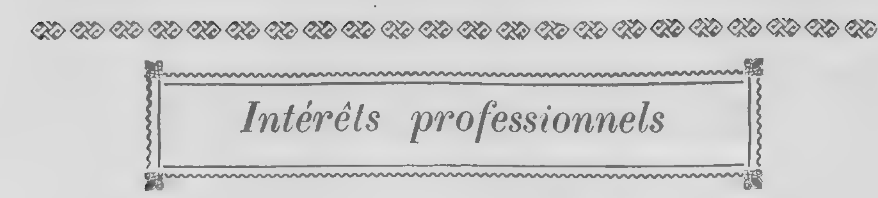
N'est-ce pas là un fait vraiment digne d'être souligné et mis en relief ?

Pour tous ceux d'entre nous dont les aspirations ne se bornent pas uniquement à la conquête du bien-être matériel, mais qui luttent aussi, avec une persévérance soutenue, pour la situation scientifique et sociale de leur profession, de tels faits sont sans contredit réconfortants et encourageants.

Sans doute, il y a là un hommage rendu aux qualités individuelles d'un praticien distingué ; sans doute aussi la constatation se rapporte à un pays étranger... Qu'importe ! le monde professionnel dans son ensemble bénéficie indirectement de la considération conquise par l'un des siens, d'autant que les relèvements individuels dans l'espèce correspondent presque toujours au relèvement de la collectivité tout entière.

Nous aurions voulu nous arrêter plus longuement sur certaines parties essentielles du travail de M. Cunningham et plus spécialement sur les pages consacrées à la pathogénie de la nécrose phosphorée des maxillaires, qui constitue, en définitive, le centre de l'intérêt du rapport. Mais, en présence des idées que nous avons nous-même exposées à ce sujet, nous avons pensé plus utile d'en faire l'objet d'un prochain article.

MENDEL JOSEPH.



Nous avons annoncé dans notre dernier numéro la publication d'une allocution du Dr Martin; nous la reproduisons ci-après.

SUR UNE ÉCOLE DENTAIRE A LYON

Allocution prononcée a l'assemblée générale annuelle de l'Association des dentistes du Rhône et de la région le 15 avril 1899.

Par le Dr Claude Martin

Mes chers collègues,

Parmi les événements auxquels notre Société professionnelle a pris une part active depuis notre dernière assemblée générale, la réunion du Congrès dentaire à Lyon a été sans conteste le plus saillant. Vous avez pu juger vous-mêmes de l'importance de cette session.

Je vous rappellerai seulement que, dans ce même Congrès, le vœu que j'ai soumis à l'approbation de nos confrères sur l'enseignement de l'art dentaire par l'Etat a subi un échec qu'on a voulu faire retentissant. Et je constate avec regret, mais sans amertume, que les arguments que j'ai déjà, dans plusieurs circonstances, développés devant vous, ont été incompris ou dénaturés par mes contradicteurs.

J'ai déjà rendu justice aux Ecoles dentaires libres, mais je persiste à dire que si, au moment de leur fondation, elles correspondaient à un besoin réel, manifesté d'ailleurs par l'essor qu'elles ont pris, elles ne pourront plus satisfaire aux exigences de l'enseignement, lorsque, dans quelques années, le recrutement des membres de notre profession se sera profondément modifié.

Autre temps, autres mœurs. Nous assistons déjà, depuis quelques années, à ce mouvement qui, à peine ébauché d'abord, se dessine maintenant d'une façon nette et précise et s'accroît avec une régularité que rien ne pourra entraver. Cet élément nouveau, que j'ai signalé dès son apparition, c'est l'entrée des docteurs en médecine dans notre profession; leur nombre s'accroît chaque année avec une régularité de progression à laquelle il serait, non seulement inutile, mais néfaste pour nous de vouloir résister. J'ai considéré ce phénomène social comme particulièrement heureux, à condition toutefois que le type d'enseignement fût modifié de manière à répondre à de nouveaux besoins.

A une certaine période de l'histoire de notre art, la France fut, en quelque sorte, le berceau de l'odontologie. Au siècle passé, ce furent des Français qui l'exportèrent dans la plupart des pays étrangers, où elle prit un merveilleux essor.

Il est curieux de voir que l'art dentaire, transplanté sur un autre sol, se développait avec une admirable vigueur, alors que, chez nous, la souche mère semblait décroître et dépérir. Je crois devoir rapporter la cause de ce phénomène à l'influence de la loi de l'an XI sur l'exercice de la médecine, loi dont les auteurs, par oubli sans doute, n'ont pas compris l'art dentaire dans les enseignements soumis au contrôle de l'Etat.

Le libre exercice de la dentisterie ouvrit certainement la porte de notre profession à une légion de non-valeurs et d'empiriques, mais cette même liberté accordée à une même profession en des pays différents aboutit à des résultats diamétralement opposés. Il y a là, sans doute, une question de races et de caractères, et il est probable que, si nous avions eu un autre tempérament, nous aurions profité de cette liberté pour nous développer.

Acceptons donc ce que nous sommes obligés de subir et reconnaissons que le libre exercice de notre profession a été en partie la cause de la décadence qui se produisit.

Aussi, de toutes parts, des dentistes étrangers apportèrent en France même une concurrence contre laquelle l'insuffisance de l'enseignement nous permettait difficilement de lutter. C'est certainement à la vision nette du danger créé par cette concurrence étrangère qu'est dû le mouvement de 1880, et nous ne saurions trop témoigner de gratitude à ceux qui ont pris la direction de ce mouvement, particulièrement à leur vénérable doyen, M. le Dr Lecaudey; ce sont eux qui ont amené le Gouvernement à s'occuper de nous et abouti enfin à la réglementation de l'exercice de l'art dentaire.

Depuis cette époque, le nombre des élèves dentistes s'accroît sans cesse, et notre profession attire à elle nombre de jeunes gens instruits.

Mais, il faut bien l'avouer, c'est depuis la réglementation que le mouvement s'accentue, car c'est elle qui a transformé d'un coup la situation du dentiste dans la société. Le cercle des préjugés est rompu grâce à l'étiquette officielle, grâce au diplôme que l'on a créé et qu'il faut obtenir.

Voilà donc notre profession presque sur le pied d'égalité avec les autres professions libérales, et la Faculté, d'abord timide, qui, jadis, osait à peine s'aventurer parmi nous, nous envoie maintenant un nombre toujours croissant de ses docteurs, désireux d'embrasser notre profession, d'être, par conséquent, des nôtres. Tel a été le résultat de la réglementation.

J'ai entendu parfois exprimer des craintes au sujet de cet exode des docteurs en médecine vers l'art dentaire. J'avoue que rien ne justifie ces craintes; les dentistes actuels n'ont rien à perdre à ce que des hommes d'un niveau intellectuel plus élevé, doués de connaissances générales plus étendues, embrassent notre profession. Ce sont ceux de l'avenir qui pourraient s'en plaindre; mais cela excitera leur émulation. D'autre part, combien en restera-t-il?

Au train dont vont les choses, dans un avenir peu éloigné, tous ou presque tous les dentistes seront docteurs en médecine, et cette opinion que j'ai déjà émise antérieurement, et qui fut accueillie au Congrès

de Lyon avec incrédulité, a été confirmée par l'éminent doyen de la Faculté de médecine de Paris avec toute l'autorité qui lui appartient.

Il faut être aveugle pour ne pas voir que ce mouvement se prononce avec une rapidité que les déductions philosophiques ne pourront ralentir.

Jusqu'à ce jour, les docteurs en médecine spécialisés à la pratique de l'art dentaire ont eu à cœur, je ne dirai pas de compléter leurs études relatives au côté technique de notre art, mais de s'y initier complètement. Cela durera-t-il toujours? Ne viendra-t-il pas un moment où ils négligeront la technique et la prothèse si on ne les oblige pas à les apprendre, et ne verrons-nous pas alors survenir une nouvelle décadence? C'est là un danger redoutable, et je songe avec crainte que, peut-être, la partie artistique de notre art pourrait disparaître de ce pays.

De là la nécessité de chercher un moyen de parer à une telle éventualité.

Mes contradicteurs, contemplant avec raison leur œuvre, ne cessent de répéter que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes et que, chez eux, les docteurs en médecine apprendront très bien leur profession. Mais ils ne réfléchissent pas qu'il est difficile d'exiger d'eux, après les longues années d'études médicales, trois ou quatre nouvelles années d'études dentaires.

Il est de toute nécessité que l'étudiant en médecine qui se destine à la dentisterie puisse combiner à la fois dans le même temps les études médicales et dentaires.

J'ai souvent entendu soutenir qu'il n'était pas nécessaire de connaître la prothèse pour être dentiste et qu'il suffisait de s'adjoindre un bon mécanicien. Je m'inscris en faux contre une proposition si complètement erronée. On s'expose, en plaçant un appareil dans ces conditions, à laisser passer des défectuosités nuisibles. Nos malades, s'ils ne s'en aperçoivent pas, n'en sont pas moins les victimes, et ce serait, de notre part, un véritable abus de confiance.

Combien d'appareils, aussi, classés dans les cas simples et qui nécessitent, pour les bien comprendre et exécuter, toute l'ingéniosité et l'adresse d'un bon mécanicien! Ce sont ces cas qui démontrent la nécessité de posséder tous les éléments de notre art. Celui qui, réunissant les connaissances scientifiques et techniques, pourra exécuter de ses mains ces appareils et saura se rendre compte de leurs défauts, celui-là seul sera véritablement un dentiste.

Il n'y a qu'un moyen de réaliser chez les futurs membres de notre profession cette unité indispensable : c'est que toutes les parties de notre enseignement, partie scientifique et pratique, soient réunies sous un même contrôle.

Il faut que les étudiants en médecine qui sont, de toute nécessité, des Universitaires, trouvent dans l'Université même tous les éléments d'instruction nécessaires à la pratique de la dentisterie. Il faut donc que l'enseignement technique soit soumis au même patronage, aux mêmes garanties, qu'il soit officialisé, puisque les études médicales le sont.

Sans cela, les étudiants auront trop de tendance à faire, sur ce point principal, des études superficielles.

C'est à ce prix seulement que nous pourrons conserver l'unité de notre art, et, à cette condition seule, l'entrée dans nos rangs d'esprits scientifiques plus cultivés pourra être féconde.

Ne nous dissimulons pas, en effet, que, si l'art dentaire a fait des progrès sensibles, il les doit à ceux qui ont su puiser dans la chimie, la mécanique, la médecine, des connaissances générales qu'ils ont pu appliquer à leur art. La combinaison de ces divers éléments est donc le but que nous devons chercher à atteindre.

Permettez-moi maintenant, Messieurs, d'envisager quelques points de nos intérêts professionnels.

J'avais pensé que l'organisation des dentistes en Société d'intérêt professionnel et la solidarité qui devait en résulter seraient un bienfait pour tous ses membres, surtout lorsque, comme dans notre ville, docteurs et dentistes entraient franchement dans le même groupement.

Aussi, Messieurs, ce n'a pas été sans un véritable étonnement mêlé de peine que j'ai vu la division pénétrer dans nos rangs.

Je reçus un beau jour, comme vous tous sans doute, une circulaire m'annonçant la création d'une Ecole dentaire à Lyon. J'éprouvai, je l'avoue, une véritable surprise de cet évènement inattendu, surprise qui fut à son comble lorsque je vis les conditions étranges au milieu desquelles cette création apparaissait.

En effet, notre Société qui totalise, en somme, les intérêts particuliers et, à ce titre, doit avoir sinon le droit, du moins le devoir de donner son avis sur l'opportunité d'une telle création, non seulement n'avait pas été consultée, mais n'avait même pas été avisée. Bien plus, le docteur Guillot, le promoteur principal, l'âme de la nouvelle Ecole, si je puis m'exprimer ainsi, venait de donner sa démission de cette même Société dont il avait été l'organisateur, parce que, disait-il, ayant cédé son office, il n'avait plus d'intérêts dans la profession.

Il m'est revenu que les fondateurs de l'Ecole dentaire de Lyon n'avaient pas jugé bon de demander conseil à la Société sous le prétexte que les propositions qui lui étaient soumises n'aboutissaient jamais. Je répondrai que, si elles n'aboutissaient pas, c'est qu'elles étaient insuffisamment étudiées et, chose plus remarquable encore, qu'elles n'étaient parfois même pas défendues par leurs promoteurs, comme cela s'est produit pour le dispensaire dentaire.

L'occasion cependant était belle pour demander l'appui de la Société: après le résultat du vote que j'avais proposé au Congrès dentaire sur l'enseignement par l'Etat, une Ecole dentaire libre était sûre de réunir parmi nous une grosse majorité devant laquelle la minorité n'aurait pu que s'incliner.

Dans une question aussi complexe et aussi importante que la création d'une Ecole dentaire, il est bon, avant de prendre une décision, d'envisager la question sous toutes ses faces, et d'en peser les avantages et les inconvénients. Or, on pouvait poser un certain nombre d'interrogations que je vous demande la permission de vous soumettre.

Est-il utile de créer à Lyon une Ecole dentaire, et à quels symptômes a-t-on reconnu que le besoin s'en faisait sentir ?

Le nombre des dentistes en exercice est-il notoirement insuffisant ?

L'enseignement donné à Lyon sera-t-il supérieur à celui des Ecoles parisiennes ?

Toutes ces questions, après examen approfondi, me semblent devoir être résolues par la négative, et c'est pour cela que je n'étais pas favorable à la création d'une Ecole dentaire à Lyon. Permettez-moi, à ce propos, de vous rappeler un fait. En 1894, M. le professeur Lépine, chargé d'un rapport sur la question, me fit l'honneur de me demander mon avis personnel. Je lui répondis que je ne voyais pas l'utilité de la création d'une nouvelle Ecole, et que, si les Universités désiraient en fonder une, il serait bon que celle de Paris en prît d'abord l'initiative. C'est d'ailleurs la thèse que j'aurais soutenue devant la Société, si la question lui avait été soumise.

Mais supposons que l'opinion que je viens d'énoncer n'ait pas prévalu et que la Société chargée de se prononcer ait tranché le différend par l'affirmative, mon premier devoir aurait été de m'incliner devant l'autorité souveraine de l'assemblée, et je l'aurais fait certainement. Mais j'aurais discuté alors les conditions et la forme même de la création de cette Ecole, en essayant de les rendre conformes aux nouvelles nécessités de l'enseignement, que je vous ai développées il y a un instant, et j'aurais demandé qu'elle fût placée sous le patronage de l'Université qui, je puis vous en donner l'assurance, nous aurait accordé dans la plus large mesure son appui, tout au moins moral, sans compter l'autorité que son précieux concours nous aurait apportée.

D'ailleurs, je reste convaincu que la multiplicité des écoles est une erreur au point de vue professionnel, et que l'Ecole universitaire pourra seule, au point de vue scientifique, exciter assez d'émulation pour que ceux qui se destinent à l'enseignement y trouvent une satisfaction équivalente à leur travail et à leur effort.

Je ne voudrais pas être indiscret, car j'ai trop d'estime pour chacun des membres de l'Ecole dentaire de Paris ; cependant qu'il me soit permis de demander pour quelle raison cette Ecole, qui a tant insisté sur les groupements professionnels et qui tient tant aux principes, a donné son appui à une Ecole projetée en dehors et à l'insu d'une Société qui a été fondée selon le programme de l'Association générale des dentistes de France, et qui comprend la grande majorité des dentistes et tous les docteurs qui exercent cette profession, unis entre eux par les mêmes sentiments de solidarité confraternelle.

Les raisons que l'Ecole de Paris peut avoir pour pousser à la multiplication des écoles dentaires sont probablement très bonnes, mais j'avoue qu'elles m'échappent, surtout après la lecture d'un article paru dans un journal professionnel qui, tout en ne lui ménageant pas ses éloges, avoue cependant qu'il y a assez de dentistes pour les besoins actuels et que les écoles de Paris suffisent à leur recrutement.

Je suis personnellement de cet avis et je crois que tous nos efforts doivent tendre à avoir peu d'écoles, mais à ce qu'elles soient excellentes. C'est pour cela que, à mon sens, il faut que l'enseignement soit

confié à l'Université, car tant que la médecine et la chirurgie seront sous le contrôle de l'Etat, nous devrons, nous dentistes, réclamer les mêmes garanties de recrutement pour nos professeurs et de considération pour leurs élèves. Puisque, avec raison, l'Etat exige de nous un diplôme, il nous doit nécessairement l'enseignement.

Ce sera, je crois, la voie la plus sûre pour compléter le relèvement de notre profession.

Nous recevons à la dernière heure et trop tard pour le publier un article de notre collaborateur M. Richard-Chauvin contenant les réflexions que lui a suggérées le discours de M. le Dr Martin. Nous insérerons cet article dans notre prochain numéro.

N. D. L. R.



LA RÉGLEMENTATION DE L'ART DENTAIRE EN TUNISIE *(Décret du 1er mars 1899 [1].)*

CRITIQUES ET OBSERVATIONS

Par M. E. SCHWARTZ,
Président de l'Association générale des dentistes du Sud-Est.

La Tunisie vient d'être gratifiée d'une réglementation de l'art dentaire. Il est fort probable que ce ne sont pas les dentistes de notre colonie qui ont demandé à être réglementés, comme cela s'est fait dans la métropole, mais que c'est à la suite d'abus que le Bey a dû prendre cette mesure ; c'est du moins ce qui semble ressortir des articles 5 et 6 du décret, dont certaines dispositions sont un peu draconiennes.

Tout en s'inspirant de la loi du 30 novembre 1892 qui nous régit, Ali-Pacha-Bey semble ignorer que le dentiste pourvu d'un *diplôme valable* ne possède ce titre qu'après avoir fait trois années d'études et avoir subi un examen devant une Faculté de médecine de l'État.

Or, l'article 5 du décret dit : « *Les personnes munies d'un diplôme* » *de dentiste reconnu valable* ne pourront effectuer que les opérations » ordinaires de l'art dentaire, y *compris l'anesthésie locale*, sans qu'il » soit permis de pratiquer *aucune autre opération*, notamment l'anes- » thésie générale, ou d'ordonner d'autres médicaments que ceux » ordinairement mis en œuvre par l'art dentaire, sans l'assistance » d'un médecin diplômé *dûment autorisé.* »

Ignore-t-on à la Résidence générale de Tunis qu'un dentiste français muni d'un diplôme reconnu valable peut, en France, pratiquer toutes les opérations concernant l'art dentaire, y compris l'anesthésie générale — ce qu'il ne fait jamais sans l'assistance d'un docteur — et qu'il n'est pas astreint à ne pratiquer que les opérations ordinaires de son art ? La prescription des médicaments est aussi très limitée par le décret beylical, et je me demande si nos confrères diplômés n'auront pas le droit de prescrire à leurs malades ce que la pharmacopée leur permet chez nous.

---

1. Voir *L'Odontologie*, n° du 15 avril.

L'article 6 interdit formellement l'exercice simultané de l'art dentaire et de la pharmacie ; ce n'est que juste. La préparation des médicaments en usage dans l'art dentaire et tout commerce ou industrie en dehors de la confection et de la vente des pièces ou appareils dentaires sont interdits également aux dentistes.

Diable ! voilà des dispositions précises qui ne prêtent pas à double entente. Ce n'est pas élastique et vague comme certains articles de la loi de 1892.

Les dentistes ne préparent jamais de produits médicamenteux pour leurs malades, si ce n'est des gouttes calmantes, en cas de pulpite aiguë ; quant à leurs eaux et leurs poudres dentifrices, qui ne sont pas classées comme médicaments, leur fabrication et leur vente ne sont pas réglementées en France. La vente de ces produits constitue-t-elle un négoce pour les dentistes ? Je ne le crois pas.

Nos lecteurs remarqueront que le décret dit : *Tout commerce ou industrie.* Mais cela peut aller très loin, et nos pauvres confrères diplômés ou non ne pourront absolument rien faire en dehors de leur profession : ils ont pieds et poings liés. Cela est abusif et autocratique !

La loi de 1892 est déjà limitative sur bien des points ; édicter des restrictions plus sévères constitue pour moi un abus de pouvoir, et c'est comme tel que je considère le décret qui doit entrer en vigueur le 1er mai 1899. La Tunisie est aux portes de la France, et certainement nous verrons s'y établir des confrères diplômés qui seraient véritablement à plaindre s'ils devaient exercer leur art avec une tutelle aussi limitée. S'il s'élevait quelque protestation contre le dit décret, les dentistes diplômés de France ne pourraient pas rester inactifs, et pour ma part je me joindrai à ceux qui croiront devoir demander des modifications sérieuses au décret beylical.



NÉCROLOGIE

ÉMILE ROGER

L'Ecole dentaire de Paris vient de perdre un de ses plus anciens et de ses meilleurs professeurs et *L'Odontologie* un de ses collaborateurs les plus distingués.

Emile Roger, avocat à la Cour d'appel, avocat-conseil de l'Ecole dentaire de Paris et du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, professeur de droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire à cette École, chroniqueur et rédacteur judiciaire de ce journal, est décédé après une courte maladie, le 15 mai, à l'âge de 51 ans.

Sa carrière, trop courte hélas! mais bien remplie, fut consacrée tout entière au labeur le plus actif. Fils de ses œuvres, il s'était instruit lui-même, il avait fait sa position tout seul et était parvenu à force d'énergie à occuper dans le barreau une place honorable. A ce point de vue, sa vie présente une ressemblance frappante avec celle du Dr Thomas, son ami, et avec celle de Paul Dubois, avec lesquels il mérite de figurer dans le Livre d'Or de l'Ecole dentaire de Paris.

Ses obsèques ont eu lieu le mercredi 17 mai. Le service funèbre a été célébré en l'église St-Germain-des-Prés, sa paroisse, et l'inhumation a eu lieu au cimetière Montparnasse.

L'Ecole dentaire de Paris y était représentée par son directeur, M. Godon, par MM. le Dr Roy, de Marion et Stévenin, membres du Conseil de direction, par M. Ronnet, professeur, par M. Gœury surveillant général, et par une délégation des élèves. Diverses couronnes avaient été envoyées, notamment au nom de l'Ecole et au nom de l'Association générale des dentistes de France.

Une nombreuse assistance, dans laquelle on remarquait des sommités du barreau, remplissait l'église, pourtant si vaste, et a tenu à accompagner le défunt jusqu'à sa dernière demeure.

Au cimetière, M. Ployer, bâtonnier de l'ordre des avocats, a prononcé le discours suivant :

Il y a deux jours, en ce même lieu, à cette même heure, je venais m'incliner respectueusement devant la tombe de Chaudé et chercher dans sa longue vie un encou-

ragement et un exemple ; devant le cercueil de Roger, sa fin prématurée et sa carrière si différente, je ressens un autre respect, j'éprouve une autre émotion, je rencontre un autre modèle à proposer ; je le propose à ceux qui si facilement se révoltent contre les rigueurs du destin social, pour qu'ils apprennent de quels obstacles la volonté et l'énergie peuvent triompher.

Originaire de la Sarthe, Roger fit ses premières études à l'école supérieure des Frères du Mans, puis vint à Paris pour perfectionner son éducation, apprit tout seul le latin, tout seul se fit recevoir bachelier ès-lettres et licencié en droit.

Son inscription au tableau remonte à l'année 1877 ; il a passé avec nous vingt-deux années qui furent laborieuses.

Une relation amicale avait fixé son attention sur une matière spéciale ; il fut un des auteurs du Code du chirurgien-dentiste, rédacteur au journal *L'Odontologie*, professeur de droit à l'Ecole dentaire. Il avait, d'autre part, travaillé dans une étude d'avoué, collaboré au *Recueil de Sirey*, conquis ainsi une clientèle qui lui permit de se soutenir, de se marier, de créer une famille, d'élever quatre enfants. Ceux qui soupçonnent tout ce qu'une pareille existence cache de découragements surmontés, de difficultés vaincues, d'angoisses étouffées, pourront-ils, à l'heure des pieuses indiscrétions, refuser leur admiration à l'héroïque effort de Roger ? Et lui marchanderont-il leur tendresse en se rappelant mieux l'égalité du caractère, l'inaltérable douceur du commerce de ce bon confrère ? Il suffisait de l'entretenir quelques instants pour être pris à la sympathie qu'il inspirait ; rien n'était affecté dans sa simplicité et dans sa modestie ; loin que l'envie et l'aigreur eussent jamais égaré son jugement, il éprouvait un plaisir visible à saluer les supériorités légitimes. Au surplus, il a révélé tout le secret de sa beauté morale dans le discours qu'il fut appelé à prononcer au Père-Lachaise devant la statue de son ami le docteur L. Thomas, et dans la devise qu'il revendiquait pour celui-ci :

Ubi cor, ibi thesaurus

Adieu, Roger, sache bien que le Palais conserve ton souvenir, que les plus grands d'entre nous sont fiers de t'avoir eu pour confrère et qu'ils te font le serment de rester les amis de ta femme et de tes enfants.

Puis M. Godon a prononcé l'allocution suivante :

Madame, Messieurs,

Après l'éloquent hommage que vient de rendre à Emile Roger, au nom de ses confrères, l'honorable bâtonnier de l'ordre des avocats, permettez-moi à mon tour d'adresser quelques mots d'adieu à Emile Roger, au nom de l'Ecole dentaire de Paris, au nom de l'Association générale des Dentistes de France, au nom des nombreux amis qu'il comptait parmi nous.

Emile Roger a été un de nos dévoués collaborateurs de la première heure ; il appartenait, en effet, depuis plus de quinze ans à l'Ecole dentaire de Paris comme avocat-conseil et comme professeur ; il occupait à ce dernier titre, la chaire de *droit médical* et était chargé d'enseigner à nos étudiants les devoirs et les droits résultant pour eux de la législation qui régit notre profession.

Il collaborait aussi à notre journal *L'Odontologie* comme chroniqueur judiciaire et avait pour mission en cette qualité de traiter au point de vue légal les diverses questions de jurisprudence que soulevait chaque jour l'application des lois nouvelles.

Comme professeur, ses leçons étaient très goûtées de nos jeunes gens, auxquels il savait inculquer, dans un langage sobre, mais attachant, des notions claires et précises sur les lois et les règlements qui leur sont applicables, en même temps que sur les principes de correction professionnelle qu'ils doivent observer pour remplir avec honneur la carrière qu'ils ont choisie.

Comme collaborateur de notre journal, il nous apportait chaque mois un concours précieux et éclairé ; ses articles,

fort appréciés de nos lecteurs, étaient remplis de ces conseils utiles qu'il donnait si généreusement à tous ceux qui venaient le consulter et de ce bon sens qu'il possédait à un si haut degré.

Heureusement que notre cher et très regretté professeur a condensé dans un livre qui nous reste et qu'étudieront encore de nombreuses générations, les règles de déontologie, de morale et de jurisprudence professionnelles qui constituent la base de nos devoirs sociaux : le *Code du chirurgien-dentiste,* auquel nous eûmes le grand honneur de collaborer.

Comme vous le voyez, l'activité d'Émile Roger s'exerçait auprès de nous sous diverses formes ; aussi voyons-nous s'en aller avec d'unanimes regrets, au milieu d'une carrière inachevée, mais bien remplie, cet homme honnête et modeste, ce travailleur infatigable, qui fut toujours pour nous un guide éclairé, un utile collaborateur, et pour moi un ami sincère et dévoué, dont je conserverai toujours personnellement le plus profond souvenir.

Aussi, nous associant à la douleur de tous ceux qui le pleurent aujourd'hui, de sa malheureuse veuve, de ses pauvres enfants, de ses confrères et de tous ses amis, au nom de nos collègues du corps enseignant et du Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris, au nom du comité de rédaction du journal *l'Odontologie*, nous avons voulu apporter à Emile Roger, avec l'expression publique de notre reconnaissance pour les services qu'il a rendus à notre institution, le dernier et suprême adieu.

Emile Roger, Adieu !

M. Ronnet, président du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, a prononcé alors l'allocution ci-après, au nom de cette Société dont le défunt était également conseil judiciaire.

Madame, Messieurs,

Il me reste fort peu à dire après les éloquents discours que vous venez d'entendre. Cependant, au nom du Syndicat des

chirurgiens dentistes de France, je tiens à adresser un dernier adieu à notre sympathique avocat, Maître Roger.

Dès la formation de notre Société il a été pour nous le meilleur et le plus éclairé de nos conseillers.

La loi qui nous régit n'avait pas de secrets pour lui et nous avons toujours trouvé son aide dans nos revendications quand il s'est agi de son application.

Avec l'intégrité absolue et le grand bon sens dont il était doué nous regretterons toujours de ne plus l'avoir comme conseil.

Aussi, au nom de notre groupe, nous nous associons au deuil de sa famille, à laquelle nous adressons nos sincères condoléances; puissent-elles amoindrir la douleur de tous les siens!

Au nom de l'Ecole dentaire de Paris, de l'Association générale des dentistes de France et du journal *L'Odontologie*, nous adressons à la famille de notre cher et regretté professeur, conseil et collaborateur, et en particulier à sa veuve, à ses enfants et à son beau-frère, M. Weber, membre du Conseil de direction et démonstrateur à l'Ecole, l'expression de notre vive et douloureuse sympathie.

La Rédaction.

Dr ASSAKY

Nous apprenons que le docteur Georges Assaky, ancien préparateur au Muséum d'histoire naturelle, ancien chef du laboratoire de médecine préparatoire à la Faculté de Paris, vient de mourir à Bucharest, où il était directeur de l'Institut de gynécologie.

Le Dr Assaky avait fait, le 4 juin 1889, à la Société d'odontologie de Paris, une remarquable conférence sur l'*embryologie de la bouche*.

DERNIÈRE HEURE

MEETING ANNUEL DE LA BRITISH DENTAL ASSOCIATION

Le Congrès annuel de l'Association Dentaire Britannique s'est tenu du samedi 20 mai au mardi 23 mai à Ipswich.

Le Comité d'organisation du Congrès international de 1900 y avait envoyé une délégation composée de MM. le Dr Sauvez et Choquet, auxquels s'était joint M. Duncombe, de Lisieux, pour inviter les dentistes anglais à participer à ce Congrès.

L'Assemblée, sur la proposition du Dr Geo. Cunningham, a accepté l'invitation et a voté la nomination du Comité National chargé de s'occuper, en Angleterre, d'organiser la participation des dentistes anglais au Congrès de 1900.

Ce comité est ainsi composé :

MM. G. Cunningham, Hopewell Smith, Hunt, Dolamore, Paterson.

Nos félicitations à nos confrères de l'Association Dentaire Britannique, à notre ami G. Cunningham et à nos délégués qui ont ainsi accompli leur mission avec succès.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE LYON

La Société d'Odontologie de Lyon, dont nous avons annoncé la fondation dans notre numéro du 15 mai, a tenu sa première séance dans son nouveau local, 32, rue Vaubécour, le vendredi 26 mai.

BULLETIN

DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

DE L'ECOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 21 février 1899.

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Bioux, d'Argent, Lemerle, Loup, Martinier, Meng, Papot, Prével, Richard-Chauvin, Sauvez, Touvet-Fanton, Weber.

M. Loup, secrétaire, donne lecture du procès-verbal, qui est adopté sans observation.

M. Godon prononce l'allocution suivante :

Mes chers confrères,

Je vous remercie de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à nouveau à la présidence de notre société, à la direction de notre Ecole.

Je suis très sensible à cette marque persistante de votre confiance, que vous avez tenu à souligner par une manifestation de votre sympathie dont je vous suis très reconnaissant. Je continuerai à faire tous mes efforts, avec les collaborateurs si dévoués dont vous m'avez entouré, nos vice-présidents MM. Viau et Lemerle, notre trésorier d'Argent, le président de notre commission scolaire Papot, notre nouveau secrétaire général Sauvez et tous les membres de notre bureau, avec votre collaboration à tous, mes chers collègues, pour assurer le développement régulier, le perfectionnement constant de notre œuvre ; la tâche me sera cette année plus facile puisque vous avez bien voulu, sur ma proposition, m'assurer dans l'administration l'aide si précieuse de mon ami Martinier comme directeur adjoint.

Nous pourrons ainsi plus aisément assurer le fonctionnement complet des diverses services de plus en plus chargés de notre école et de notre dispensaire.

Permettez-moi enfin de saluer l'entrée dans notre Conseil des jeunes membres élus à la dernière assemblée générale, qui vont apporter dans cet organisme collectif, avec un sang nouveau, une nouvelle activité dont bénéficiera notre société tout entière.

Nous commençons l'année sous d'heureuses auspices : la Commission du Pari Mutuel nous a enfin accordé 25.000 francs sur la subvention que nous lui avions demandée et le maintien des 5.000 francs précédemment votés. Ces 30.000 francs vont calmer les inquiétudes de notre excellent trésorier d'Argent ; cela lui permettra de faire face plus facilement aux derniers engagements résultant de nos grands travaux de l'année dernière d'entrevoir la possibilité d'exécuter les agrandissements que nécessitent déjà l'accroissement constant du nombre de nos élèves et de nos malades et l'extension de plus en plus grande de nos divers services et peut-être aussi d'amorcer enfin, près de l'Etat et du public charitable, la grande souscription destinée à assurer la perpétuité de notre œuvre.

C'est que, voyez-vous, nous sommes obligés par les principes que nous défendons, par notre constitution et surtout par notre situation officielle, encore insuffisamment établie, à une marche perpétuelle vers le mieux.

Cette société, il ne faut pas se lasser de le répéter, n'est pas seulement pour les dentistes un établissement d'enseignement professionnel libre dirigé d'après nos principes, un peu, il faut bien le dire, malgré les représentants officiels de l'Etat. Ce n'est pas seulement un dispensaire dentaire où nous cherchons à faire pour les pauvres plus et mieux que dans les services hospitaliers officiels. Ce n'est pas non plus seulement, quoique l'ambition soit grande et louable, *la Maison commune* où les dentistes de France trouvent, suivant leurs besoins, tous les avantages de la mutualité qu'offrent à leurs membres les divers syndicats professionnels. C'est plus, c'est mieux, c'est l'arme puissante de défense que depuis vingt ans nous avons forgée pour combattre l'ennemi commun, *le préjugé stomatologiste*, qui menaçait d'exproprier les dentistes, de les chasser de l'exercice de leur profession.

Après avoir échoué devant le Parlement lors du vote de la loi de 1892, ses défenseurs se réfugient encore comme dans un dernier rempart dans quelques administrations officielles que vous connaissez bien et dont votre persévérance, le bon sens et l'intérêt public arriveront bien à les déloger.

Détruire un préjugé est chose longue et difficile.

Pourtant la tâche devient possible lorsqu'à une conviction profonde s'ajoute l'appui d'une institution comme celle dont nous avons l'administration.

Ainsi s'explique que l'œuvre de défense et d'émancipation des dentistes ait pu se poursuivre avec des succès répétés depuis vingt ans et que, grâce à leur Ecole, les dentistes aient pu arracher aux pouvoirs publics un titre et des prérogatives longtemps disputées.

Ainsi s'expliquent aussi la grande affection, le profond dévouement et le sincère désintéressement que professent pour cette institution

tous ceux qui ont l'honneur de lui consacrer un peu de leur temps, un peu de leur peine.

Aussi, mes chers collègues, mettons-nous sans plus tarder à l'œuvre, pour faire encore plus grande et plus puissante l'Ecole dentaire de Paris, votre sauvegarde, afin que, bientôt en France comme en Amérique et en Angleterre, le préjugé stomatologiste étant définitivement détruit, les dentistes, tous unis sur le terrain de leur science spéciale, l'*odontologie*, puissent recevoir dignement leurs confrères du monde entier venus à Paris pour le 3e Congrès dentaire international de 1900.

(*Applaudissements.*)

M. Godon propose de témoigner les regrets que cause au Conseil la mort du Président de la République en fermant l'Ecole à l'heure des cours du soir le jour des obsèques.

Il est décidé que l'Ecole sera fermée ce jour-là à partir de 10 heures du matin.

Sur la proposition de *M. Meng* il est également décidé qu'une adresse de félicitations sera remise à M. Loubet pour son élection à la présidence de la République. M. Meng se charge de la faire parvenir.

M. Godon annonce les décès de Mme veuve Baye, mère d'un des fondateurs de l'Ecole et grand'mère d'un des élèves actuels, et de Mme Claser, femme d'un des fondateurs du Cercle des dentistes.

Des regrets sont exprimés du décès de Mme Baye.

Après diverses observations de *MM. Richard-Chauvin*, *Lemerle*, *Sauvez* et *Godon*, le Conseil adresse ses condoléances à M. Claser et charge l'administration de faire déposer sur la tombe de sa femme une couronne au nom de l'Ecole et une au nom de l'Association, en exprimant ses regrets qu'il n'ait pas pu être envoyé de délégation aux obsèques, en raison de ce que l'avis du décès n'était pas parvenu assez tôt.

M. Godon donne lecture d'une lettre du Ministère de l'Agriculture annonçant une subvention complémentaire de 25.000 francs sur les fonds du pari mutuel à la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

Des remercîments sont votés à toutes les personnes qui sont obligeamment intervenues dans cette circonstance auprès du Ministre.

M. Godon fait connaître que MM. Viau et Heïdé ont souscrit chacun 1.000 fr. pour l'Ecole.

Des remercîments leur sont adressés.

Il communique une lettre par laquelle l'Association des dentistes de Belgique demande l'envoi d'un conférencier, et fait connaître que le Bureau a désigné M. Roy.

Il communique également une demande de M. Mendel Joseph tendant à la nomination de l'élève Loustalout comme aide-préparateur d'histologie, nomination que le bureau a prononcée. Le Conseil la confirme.

Il fait connaître que M. Lecaudey a fait don à l'Ecole de livres et de pièces anatomiques.

Le Conseil s'associe aux remercîments qui ont été adressés au donateur.

M. Meng fait connaître que M. Montaudon, propriétaire de l'*anatomie* du Dr Auzoux, met cette anatomie à la disposition de l'Ecole.

Des remercîments lui sont adressés.

M. Godon annonce que M. Guérini, de Naples, a envoyé à divers professeurs de l'Ecole une brochure sur les soins dentaires qu'il a donnés aux soldats italiens blessés en Afrique.

Des remercîments lui sont adressés.

Il donne lecture d'une lettre de l'Académie de Paris relative à la tenue du registre d'inscriptions.

Les professeurs étrangers seront invités à fournir les renseignements demandés.

M. Godon communique une lettre par laquelle la Société chimique des usines du Rhône fait don à l'Ecole de divers anesthésiques et ajoute que des remercîments lui ont été adressés.

Il lit une plainte de la Société des dentistes du Nord contre l'emploi par un dentiste du titre de diplomé de l'Ecole dentaire de Paris.

Après diverses observations présentées par *MM. Touvet-Fanton, Meng* et *Martinier*, le secrétaire général est chargé de vérifier si l'inculpé figure sur les registres de l'Ecole et, au cas où son nom ne s'y trouverait point, de lui écrire pour l'inviter à cesser de faire usage de ce titre, en le menaçant de poursuites. La plainte sera alors renvoyée au Conseil de famille s'il y a lieu.

M. Sauvez lit une lettre par laquelle M. de Marion demande un congé d'un mois (Accordé).

Il communique des demandes d'admission dans la Société présentées par MM. Saturio A. Païva, 60 rua Santa-Justa, Lisbonne, et J. Bonnaric, 6 rue Centrale, Lyon. Ces admissions sont prononcées.

Il fait connaître que M. Gauthé, de Troyes, donne sa démission de membre de la Société.

Il donne lecture d'une demande d'admission dans le cours supérieur formée par M. F., de Lucerne.

Il est décidé que ce cours commencera en novembre 1899.

Il soumet au Conseil une demande de congé de 3 mois formée par M. Faloy.

Il communique une lettre par laquelle M. Léger-Dorez donne sa démission de membre de la Société. Cette démission est acceptée.

Enfin il rend compte de la correspondance échangée depuis la dernière séance et qui comprend 87 lettres.

M. Martinier, directeur adjoint, fait connaître le fonctionnement des cours pendant le mois de janvier et du nouveau service de démonstrateurs appointés et rend compte des réunions de commissions. Il dépose la statistique des absences et des présences du corps enseignant et ajoute que des circulaires ont été préparées dans le but d'inviter à la régularité les membres de ce dernier qui seraient inexacts.

Il annonce qu'à la suite d'une démarche faite par M. Lemerle et par lui auprès de M. F. celui-ci a retiré sa démission et reste démonstrateur.

M. Godon donne lecture d'une lettre de M. Weber relative à l'admission des malades, qui est renvoyée au directeur-adjoint.

Sur la proposition de *M. Papot*, M. Antunès est admis dans la Société.

M. Lemerle propose l'admission de M. Boërris de Paris.

M. Papot donne lecture d'une pétition des docteurs en médecine élèves à l'Ecole et du rapport de la Commission scolaire qu'elle a provoqué.

Après une discussion à laquelle prennent part *MM. Richard-Chauvin, Sauvez, Martinier, Godon, Lemerle, Papot* et *d'Argent*, les observations de chirurgie dentaire sont maintenues, les 3 observations de clinique d'anesthésie (auscultation) sont supprimées, la 1re partie de l'examen pratique de clinique d'anesthésie est déclarée facultative, la 2e partie obligatoire, la pathologie interne, générale et spéciale, est supprimée, la dissertation écrite est maintenue.

M. Martinier rend compte de la réunion des professeurs de clinique.

M. Papot fait connaître que cette commission propose que les élèves changent de service tous les 3 mois (Adopté).

M. Lemerle donne lecture du rapport de la Commission d'enseignement. Aux

termes de ce rapport, un concours sera ouvert pour la nomination d'un professeur suppléant d'anatomie dentaire, ainsi qu'un concours pour la nomination d'un professeur suppléant de clinique de prothèse.

Ces deux concours sont décidés et fixés au 30 avril. Le concours pour deux chefs de clinique est fixé au 26 mars.

M. Blocman sera prié de se charger du cours d'anatomie dentaire jusqu'après le concours. M. Choquet s'entendra avec lui à cet égard et continuera ses démonstrations.

M. Loup donne lecture d'un rapport sur le service de clinique.

Après un échange d'observations entre *MM. Touvet-Fanton, Papot, Godon, Lemerle* et *d'Argent*, il est décidé de procéder à un achat de daviers et d'instruments. 500 fr. sont votés à cet effet. MM. Roy et d'Argent sont chargés de cet achat.

Il est décidé également de réunir la Commission du local.

MM. Roy et Blocman sont chargés d'élaborer un programme de leçons cliniques.

Une proposition de *M. Godon* tendant à la création d'un service d'examen des malades est renvoyée à la Commission d'enseignement, après observations de *MM. Papot* et *Loup*.

Les pouvoirs de la Commission d'anesthésie (composée de MM. Pinet, Viau, Sauvez, d'Argent, Martinier) sont renouvelés pour un an.

Sur la proposition de *M. Sauvez*, faite au nom du jury du concours de chefs de clinique d'anesthésie, M. Jeay est nommé à ce poste.

Sur la demande de *M. Martinier* il est procédé à la nomination d'une commission de prothèse, composée de MM. Bioux, Meng et Touvet-Fanton, pour vérifier tous les mois les travaux pratiques des élèves.

La réception des malades est mise à l'ordre du jour de la prochaine séance et l'assemblée se sépare à minuit.

Le secrétaire général,
Dr SAUVEZ.

RÈGLEMENT DES COURS ET DÉMONSTRATIONS D'ANESTHÉSIE

Anesthésie générale.

ART. 1er. — Le professeur d'anesthésie est chargé de faire, le mardi matin, de 9 heures à 11 heures, un cours d'anesthésie théorique et pratique portant sur l'anesthésie générale et l'anesthésie locale.

ART. 2. — Il exécute un minimum de 4 démonstrations cliniques d'anesthésie générale sur le malade, par matinée, avec les divers procédés.

ART. 3. — Le professeur d'anesthésie est assisté du professeur de clinique désigné pour ce service et du chef de clinique d'anesthésie.

ART. 4. — Les autres jours de la semaine, des démonstrations d'anesthésie générale sont faites devant les élèves par des professeurs chargés de ces démonstrations par la commission d'anesthésie, avec l'approbation du Conseil d'administration.

ART. 5. — Un avis affiché à l'Ecole indique l'heure à laquelle ces

démonstrations ont lieu, les professeurs qui en sont chargés, ainsi que les noms des élèves groupés par séries appelés à y prendre part.

Art. 6. — Les anesthésiques généraux employés les jours de ces démonstrations sont : le chloroforme, l'éther, le protoxyde d'azote et le bromure d'éthyle.

Art. 7. — Les autres anesthésiques généraux ne peuvent être employés qu'à la clinique du *mardi*, avec l'approbation et sous la responsabilité du professeur d'anesthésie.

Art. 8. — Une salle de clinique spéciale, contenant une armoire fermant à clef, est réservée pour le cours et les démonstrations d'anesthésie générale.

Art. 9. — La clef de l'armoire précitée est sous la garde du surveillant général, qui, au début de la clinique, la remet au chef de service chargé du cours ou de la démonstration. Cette clef doit être rendue au surveillant général immédiatement après le cours.

Examen et vérification des médicaments

Art. 10. — La commission d'anesthésie, ou un membre délégué à cet effet, doit procéder tous les mois à une révision des médicaments employés.

Malades

Art. 11. — Les professeurs de clinique, les professeurs suppléants, les chefs de clinique doivent réserver 4 à 8 malades justiciables de l'anesthésie générale pour le cours ou les démonstrations.

Recrutement du personnel du service d'anesthésie générale

Art. 12. — Les professeurs de clinique, les professeurs suppléants, les chefs de clinique qui désirent faire à l'Ecole des démonstrations d'anesthésie générale, doivent adresser, à cet effet, une demande à l'Administration.

Ces demandes sont transmises à la commission d'anesthésie qui examine les titres des candidats, et, après enquête, envoie un rapport au Conseil de direction qui statue.

Matériel

Art. 13. — Le matériel de l'anesthésie générale sera augmenté de :

1° Un fauteuil, permettant de mettre le malade dans une position horizontale ;

2° 12 daviers ;

3° 1 masque à protoxyde d'azote ;

4° Une armoire vitrée permettant de ranger et d'exposer les appareils et les instruments ;

5° Un stérilisateur pour daviers et instruments en métal ;

6° Un masque à éther ;

7° Une table en bois blanc, de 1 m. 80 de longueur environ, sur 0 m. 70 de largeur environ.

Crédit

Art. 14. — Un crédit mensuel de 30 fr. est mis à la disposition du professeur d'anesthésie pour les objets et médicaments nécessaires à son cours et aux démonstrations. Les professeurs chargés des démonstrations doivent s'adresser au professeur d'anesthésie pour les demandes d'objets ou de médicaments nécessaires à leurs démonstrations.

Anesthésie locale.

Art. 15. — Les professeurs de clinique, professeurs suppléants et chefs de clinique sont invités à pratiquer l'anesthésie locale dans tous les cas où celle-ci est possible.

Réfrigération

Art. 16. — La réfrigération au moyen des divers appareils connus doit être employée couramment dans tous les cas possibles, avec ou sans cocaïne.

Injections intra-gingivales

Art. 17. — Les injections intra-gingivales sont faites le plus souvent possible dans les conditions indiquées ci-après.

Art. 18. — La solution employée est composée de 30 gr. d'eau distillée et 0,30 cgr. de chlorhydrate de cocaïne.

Art. 19. — Cette solution doit être faite *tous les jours, en dehors de l'Ecole*, par un pharmacien diplômé.

Art. 20. — Elle est renfermée dans un flacon de forme particulière, en verre coloré, qui est remis, cacheté, le matin, au chef de service par le surveillant général.

Ce flacon est muni d'une étiquette spéciale indiquant la composition de la solution contenue, la date du jour où cette solution a été faite, date qui ne peut excéder de plus de trois jours le moment de son emploi.

A la fin de la clinique, le flacon est entièrement vidé par le chef de service, et remis ensuite au surveillant général.

Art. 21. — Cette solution est employée pour tous les malades, de 15 à 60 ans, ne présentant pas de contre-indication précise à l'usage de la cocaïne.

Art. 22. — Une seconde solution au 1/200, contenant 15 grammes, est mise également tous les jours, à la disposition du chef de service, pour les enfants de 7 à 15 ans et pour les vieillards de plus de 60 ans.

Cette solution doit être soumise aux mêmes précautions que la précédente.

Art. 23. — Une solution huileuse de chlorhydrate de cocaïne à 2 0/0, préparée suivant les indications de la commission d'anesthésie et soumise également aux mêmes précautions que les précédentes, est mise aussi à la disposition du chef de service.

Art. 24. — La quantité de solution injectée ne doit jamais contenir plus d'*un centigramme* de chlorhydrate de cocaïne.

Art. 25. — Les seringues à injections sont remplies par le chef de service ou devant lui.

Art. 26. — Les instruments nécessaires (3 seringues de Pravaz, de modèles particuliers) sont remis au chef de service, le matin, à son arrivée, par le surveillant général.

Art. 27. — Il est défendu d'employer ces seringues pour tout autre usage (aspiration de liquide kystique ou purulent, par exemple).

Art. 28. — Pendant la clinique, les aiguilles sont mises à bouillir dans une petite capsule métallique, contenant une solution à 3 o/o de bicarbonate de soude.

Art. 29. — Les aiguilles ayant servi doivent, après avoir été nettoyées, être laissées dans l'eau bouillante pendant 5 minutes, à la montre.

Art. 30. — Toute autre solution toxique ne peut être employée qu'avec l'autorisation de la commission d'anesthésie.

N. B. Les chefs de service sont invités à faire un rapport annuel au Conseil d'administration sur le nombre et les résultats de leurs opérations avec anesthésique.

19e ANNÉE. N° 11 15 JUIN 1899 IIe SÉRIE. VOL. VIII.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

BULLETIN

LE Dr CLAUDE MARTIN ET L'ENSEIGNEMENT OFFICIEL

I

Notre éminent confrère, le Dr Claude Martin, de Lyon, dans un discours prononcé à l'assemblée générale de l'Association des dentistes du Rhône et de la région, remet sur le tapis la question tant controversée de l'enseignement dentaire par l'Etat. Reprenant le thème ancien, il insiste sur la disparition nécessaire de l'enseignement libre, dont le rôle est, selon lui, virtuellement terminé.

Nous pensions que Martinier et Godon avaient victorieusement répondu aux arguments du maître lyonnais ; c'était évidemment une erreur, puisque celui-ci n'a pas été convaincu. Je n'ai pas la prétention d'être plus persuasif que mes amis, mieux entraînés que moi aux luttes de la parole et de la plume. Cependant, comme je ne trouve dans la brochure du docteur Martin que les affirmations et les arguments anciens, comme il ne réfute pas les raisons bonnes ou mauvaises qu'ont, au dire de ses contradicteurs, les écoles libres d'affirmer leur droit à l'existence, je vais essayer de

plaider auprès de notre public professionnel la cause de l'enseignement libre. Je suis obligé naturellement de m'en prendre à ses idées, ainsi qu'à la manière dont il interprète les faits qui se sont déroulés avant et pendant ces vingt dernières années, pour tirer ses conclusions; mais il est bien sûr d'avance que, si je combats sa ligne de conduite, ce sera toujours en lui témoignant les mêmes sentiments d'amitié qu'il professe lui-même publiquement à notre égard.

Pour essayer de démontrer l'excellence de l'enseignement libre, nous allons prendre, par ordre d'importance, les critiques que le Dr Martin lui adresse, l'apologie qu'il fait de ce que serait, selon lui, l'enseignement officiel.

II

*La France fut le berceau de l'*odontologie; *le Dr Martin le rappelle et personne ne le conteste; mais, sans entrer dans les détails, on peut bien dire que cette science, malgré les travaux d'hommes éminents, était encore dans l'enfance sous l'ancien régime. La loi de l'an XI ne changea rien à cette situation, en France tout au moins, où aucun progrès notable ne fut réalisé.*

Pendant la longue période de liberté (près d'un siècle) qui s'écoula depuis cette époque jusqu'en 1880, ce fut l'Amérique qui prit la tête du mouvement scientifique professionnel. Notre contradicteur attribue au régime de liberté la longue somnolence pendant laquelle notre pays perdit le premier rang. Il nous paraît que l'honorable président de l'Association générale des dentistes du Rhône se méprend sur les causes de la décadence et de la renaissance professionnelles auxquelles nous avons assisté. Il attribue la première à l'influence néfaste de la loi de l'an XI, la deuxième au mouvement de 1880 certes, mais surtout à la loi de

réglementation de 1892. L'exposé de ses vues générales est peut-être spécieux, mais il suffit d'entrer dans le détail des faits pour reconnaître que l'état de marasme dans lequel était tombé notre art était dû surtout à l'absence de sociétés professionnelles.

En effet le mouvement de renaissance commence sous le régime de la liberté, avec la création des sociétés dentaires, mères des écoles, sociétés uniquement dues à l'initiative privée. Les liens qui unissent les dentistes français à partir de 1880 amènent la création de l'Ecole dentaire de Paris. A dater de ce moment l'art dentaire suit une marche ascendante rapide et non interrompue. Les diplômés des écoles prennent tout de suite une situation prépondérante, imposent au public le respect d'une profession scientifiquement et dignement exercée, en même temps que des sentiments de reconnaissance pour des services tangibles à lui rendus. Jusqu'en 1892 l'Etat demeure passif. Pour ma part, je regrette qu'il n'ait pas continué à garder l'expectative. Nos écoles libres sont pleines de santé; tout est donc presque pour le mieux dans le meilleur des mondes. Sans la loi néfaste de réglementation, je ne formulerais pas de réserves sur l'état satisfaisant que je constate.

Comment expliquer que pendant de longues années les dentistes français soient restés entièrement inactifs alors qu'à l'étranger naissait et se développait une science toute nouvelle, ainsi qu'une technique rationnelle, méthodique, destinées à progresser formidablement? Les hommes possédant une culture générale suffisante manquaient-ils donc dans notre pays? Je ne le crois pas; il y avait au début, il y a eu pendant toute la période de stagnation, des docteurs en médecine qui avaient embrassé notre profession; *les autres dentistes étaient en grande majorité des mécaniciens sans instruction générale ou professionnelle, exception faite pour la prothèse. Si nous jetons ce regard*

en arrière, c'est pour démontrer que les hommes qui étaient à la tête de la profession ont laissé passer l'occasion de prendre l'initiative d'un mouvement qu'ils étaient alors seuls qualifiés pour tenter. Hélas, les jacobins de la Révolution et de l'Empire, qu'on ne saurait trop haïr pour le mal qu'ils ont fait à la liberté, avaient si fortement imprimé leur marque sur les milieux intellectuels que tout ce qui savait ou pensait était empreint des idées de centralisation à outrance de cette période funeste, idées qui ont fait du peuple le plus avancé aux différents points de vue scientifique, artistique, colonial, industriel, une nation qui suit avec peine l'initiative de ses voisines, vaincue d'avance dans la lutte pour la vie, si elle n'a pas l'énergie de se débarrasser des lisières administratives, qui en font, au dire de ses détracteurs, une nation de fonctionnaires. Une autre raison sans doute empêchait les médecins-dentistes de l'époque de se mettre à la tête d'un mouvement rénovateur. Ayant passé nombre d'années pour acquérir une instruction générale et médicale hors de proportion avec les besoins de la spécialité qu'ils avaient embrassée, instruction qui n'a, du reste, avec cette spécialité que des points de contact et non une pénétration réelle, ils devaient encore s'assimiler péniblement quelques bribes d'instruction professionnelle insuffisantes pour en faire autre chose que des praticiens quelconques, alors que les dentistes de la jeune Amérique, libres d'entraves et de vieux préjugés, n'étant pas encombrés d'un bagage médical inutile en l'espèce, marchaient de de progrès en progrès et finissaient par mettre debout, grâce à leurs écoles dentaires, une science nouvelle. Faut-il s'étonner, en face de cette situation, de leur formidable exode vers les pays d'Europe et particulièrement de leur mise en coupe réglée de la France, pays de cocagne pour eux, où ils n'avaient qu'à se montrer pour occuper d'emblée et sans lutte les situations les plus enviables ?

Cependant l'écart existant entre la valeur des dentistes nationaux et celle des Américains, pour considérable que celle-ci fût, ne saurait constituer une raison suffisante pour expliquer l'absence de tout mouvement progressif dans notre pays. Aucun motif ne permet d'affirmer que ce qui avait été fait en Amérique n'aurait pu être réalisé en France, si l'esprit d'initiative *n'avait fait totalement défaut aux hommes desquels nous étions en droit de tout attendre.*

L'antique qualité dominante du tempérament français se retrouva fort heureusement chez des hommes jeunes, sans passé universitaire, simples professionnels amoureux de leur art. Ils se lancèrent ardemment dans la voie ouverte et, comprenant que la rénovation ne pouvait être accomplie que par les dentistes eux-mêmes, ils fondèrent les société professionnelles qui aboutirent à la création d'écoles où l'on reçoit des élèves venant du monde entier, tant docteurs en médecine que simples étudiants. C'était la lutte, c'était la vie.

De ce mouvement sont nés, outre les écoles, les sociétés odontologiques, les sociétés régionales, les congrès dentaires internationaux et nationaux, la création en France de ce qui existait en Amérique : une science et une technique nouvelles homogènes, bien coordonnées, dont l'étude et la pratique peuvent suffire à remplir l'existence d'un homme.

Voilà dans cet ordre d'idées le bilan bien établi des sociétés françaises créées par l'initiative privée. Qu'avons-nous à passer au compte de l'élément médical ? Rien. — A celui de l'Etat ? La loi de réglementation. — La balance ne me paraît pas difficile à établir et, le compte bouclé, je ne me sens pas encore devenir Etatiste.

III

Maintenant que la loi de 1892 commence à porter ses fruits, dont, connaissant l'arbre, nous avions indiqué

d'avance la nature au ministre de l'Instruction publique, dans un rapport qu'il nous avait fait l'honneur de nous demander pendant la pénible période de gestation, examinons comment la réglementation se comporte vis-à-vis de la profession, vis-à-vis des Ecoles, au point de vue progressif s'entend et non au point de vue des rapports administratifs dont personne ne songe à se plaindre.

En 1880, lors de la fondation de l'Ecole dentaire de Paris, pour ne parler que de celle-ci, les règlements établirent une scolarité complète divisée en deux années. Des dispositions transitoires très sages exemptaient de la première année les dentistes ayant plus de cinq ans de pratique. L'expérience démontra que cette évaluation d'équivalence n'avait rien d'exagéré, puisque les praticiens inscrits sous ce régime étaient encore notablement supérieurs aux néo-professionnels suivant la scolarité complète. C'était un début. L'Ecole, imposant de plus en plus l'autorité de ses services, ne tarda pas à comprendre que ce minimum pouvait être augmenté. Elle créa dans son local de la rue Richer une année préparatoire, facultative d'abord, obligatoire ensuite, les docteurs en médecine continuant à être admis à suivre directement l'année de fin d'études. C'était un acheminement vers un état de choses plus parfait, qui était en germe dans notre esprit à tous. Il fallait le temps pour le réaliser. Lors du transférement de l'Ecole rue Rochechouart nous étions tous d'avis que la création d'une quatrième année, qui existe actuellement en Amérique, allait devenir nécessaire pour les étudiants dentistes et, comme corollaire, que nous tenterions de porter à deux ans le temps d'études techniques et scientifiques spéciales pour les docteurs en médecine. Le docteur Martin sait comme nous que les trois ans demandés par les Ecoles dentaires pour former des praticiens sont à peine suffisants. Mon opinion personnelle est plus accentuée : je

les trouve nettement insuffisants; d'autre part, il va de soi qu'en limitant à une année le temps d'études des médecins, nous avons obéi à des nécessités de transition qui ne pouvaient être méconnues sans soulever de graves objections. Avions-nous tort, je le demande au Dr Martin, de rêver l'augmentation de ce temps, que nous considérons comme le strict minimum possible?

La réforme qui avait porté à trois ans le temps, d'études des élèves dentistes étant passée dans le domaine des faits, nous étions en droit de penser que nous allions pouvoir étudier de quelle façon nous ferions entrer dans la pratique toutes celles qui nous tenaient au cœur.

Nous n'avons pas à mettre en doute la soumission des étudiants entrant nouvellement dans la profession; n'ayant pas de passé, ils n'avaient pas qualité pour apprécier les moyens que nous aurions pris pour mettre au point leur instruction scientifique et technique. Quant aux docteurs en médecine, ils ont, après comme avant la loi, le droit sans examens spéciaux, à l'exercice de la profession dentaire. Entre parenthèses, il faut croire qu'à leur propos le Dr Martin songe à remettre la loi sur le chantier, puisqu'il rêve de les obliger à faire l'apprentissage de la technique opératoire et prothétique dans le but louable d'éviter une nouvelle décadence de l'art dentaire en France. Pour le moment, la loi persistant sans modifications, il faut constater que l'Etat a mis cette catégorie de praticiens au-dessus de l'enseignement que notre confrère voudrait le voir monopoliser. Cela dit, je reviens à mon sujet. Les docteurs en médecine ont donc d'emblée le droit à l'exercice légal. Comment se fait-il que les nombreux élèves de cette catégorie qu'instruit l'Ecole dentaire de Paris acceptent de faire une année de scolarité, qu'ils postulent le diplôme qu'elle délivre? Parce qu'ils attachent une haute valeur à la consécration donnée par l'Ecole. Nombre d'entre eux sont fiers à juste titre de faire

suivre sur leurs cartes leur titre de docteur de la mention : « Diplômé de l'Ecole dentaire de Paris. » Quelques-uns, dont le Dr Duchâteau, mon excellent ami, qui a qualifié notre Ecole de : « Première Ecole dentaire du Continent », ne laissent pas échapper l'occasion de témoigner leur reconnaissance aux professeurs dévoués et désintéressés qui les ont instruits dans la pratique de leur art.

Cela étant donné, nous ne voyons pas quelle raison aurait pu leur faire déserter l'Ecole, s'il leur avait été prouvé que la réforme que nous voulions introduire dans l'enseignement n'était accomplie que dans l'intérêt supérieur de la profession en même temps que dans leur intérêt propre.

Voilà où nous en étions peu de temps avant le vote de la loi de réglementation. Voilà les réformes qu'elle a coupées dans la racine.

Nous avons établi l'avoir des sociétés professionnelles, quant aux faits accomplis ; nous croyons avoir démontré quelle aurait été, sous le régime de la liberté, l'extension progressive qu'elles auraient donnée à l'enseignement.

IV

Arrivons à l'enseignement technique officiel. Le Dr Martin ne nous donne aucun programme de cet enseignement tel qu'il le comprend ; cela serait pourtant indispensable, s'il compte rallier la majorité des dentistes à ses idées. Jusqu'ici nous ne connaissons de la compétence de l'Etat en la matière que la création du troisième examen, l'examen soi-disant technique. C'est peu. Notre honoré confrère a reconnu lui-même que cette épreuve n'est nullement concluante. C'est notre avis, et si l'on avait voulu se donner la peine de se rendre compte en haut lieu de quelles mailles serrées est tissé l'examen de fin d'études dans les écoles dentaires,

il est probable qu'on aurait renoncé depuis longtemps à en exiger la parodie à la Faculté. Nous sommes d'accord sur un point avec notre honorable contradicteur : nous désirons, lui et nous, que les dentistes de l'avenir soient d'excellents praticiens, aptes à remplir leur rôle social dans les meilleures conditions. Nous ne différons que sur les moyens d'arriver à ce but.

S'il pense que l'Etat sera mieux outillé que la majorité des dentistes, représentée par ses sociétés et ses Ecoles, pour l'atteindre, qu'il nous donne un programme complet d'enseignement spécial, avec le temps de scolarité qu'il pense devoir y être consacré. Nous aurons alors de sérieux éléments de comparaison entre sa méthode et la nôtre. Nous savons d'avance qu'il ne peut concevoir que des plans sérieux à cet égard ; nous serions heureux de les lui voir mettre en lumière, convaincu pour notre part que nous y trouverions des éléments de progrès pratiques que nous pourrions réaliser rapidement.

Pense-t-il qu'il en serait de même de l'Etat et que l'enseignement officiel serait, le cas échéant, en accord avec ses idées de professionnel hors de pair, qu'il serait capable de doter notre pays de dentistes tels qu'il les conçoit, tels qu'il les désire pour l'avenir ?

Il en est sûrement convaincu. Pour moi, c'est différent. Le passé me fait préjuger de l'avenir et j'avoue que je ne me sens pas encore sur la route de Damas. Du reste, j'ai vu les choses d'un peu près pendant la genèse de la loi et je lui demande la permission de lui révéler quelques détails qui, s'ils ne changent pas ses convictions, pourront peut-être contribuer à jeter quelques doutes dans son esprit.

Un de mes amis a la bonne fortune de compter dans sa clientèle un membre de l'Académie de médecine qui a été l'un des artisans les plus actifs de la loi qui nous régit. Il a fait, je le sais, tous ses efforts pour changer son orientation sans y parvenir. A l'époque

où le projet suivait la filière, ce haut personnage était absolument convaincu que le vote de la loi serait suivi de la création d'une Ecole d'Etat. Mon ami lui posa cette question : « Qui donc dans votre organisation nouvelle enseignera la dentisterie opératoire, à qui confiera-t-on la partie prothétique ? » Les jeunes agrégés ne manquent pas, lui fut-il répondu, et nous sommes certains de trouver chez eux le personnel enseignant dont nous aurons besoin. Mon ami ne put s'empêcher de lui faire remarquer combien seraient peu substantielles les leçons de ces maîtres en médecine et non en art dentaire. « S'ils ont besoin de se familiariser avec leurs nouveaux cours, nous leur adjoindrons des médecins-dentistes choisis parmi les sommités professionnelles qui résident à Paris. » Sur ce, mon confrère ne put s'empêcher de se féliciter d'avoir été préféré depuis de longues années par son interlocuteur aux sommités dont il était question, ce qui fit sourire ce dernier.

Nous connaissons une école dentaire d'Etat : celle de Genève. Les étudiants doivent obtenir le titre de médecin-dentiste pour avoir le droit d'exercer dans le pays d'origine. Or, nous avons eu à l'Ecole dentaire de Paris jusqu'à six élèves ensemble, la même année, pourvus de leur titre officiel. Avant d'affronter la clientèle dans leur pays, ces jeunes gens ont jugé nécessaire de venir à Paris apprendre leur profession. Je suis d'avis, après les avoir suivis, qu'ils ont été heureusement inspirés. C'est cette école qui devait servir de modèle à l'école française officielle ! Son fonctionnement a été étudié en haut lieu et cette étude a motivé le déplacement de deux grands personnages enquêteurs. J'ai été minutieusement tenu au courant de ces détails.

Je continue à puiser dans les renseignements que m'a fournis mon ami, car je trouve pour ma part qu'ils ne manquent pas de saveur.

Quelque temps après le vote de la loi, étant en règle

avec la Faculté, fortement appuyé par la recommandation d'un personnage considérable, malheureusement décédé depuis, il eut l'idée hardie de tenter une démarche auprès de la personnalité la mieux qualifiée en la circonstance pour enlever de haute lutte le poste d'examinateur pour le troisième examen. Très amicalement reçu, grâce à son Sésame, sa demande n'en fut pas moins rejetée. Il ne faut pas croire qu'il demanda sa nomination au choix, cependant. Non. Il demandait l'ouverture d'un concours accessible à tous. Il convint qu'il était de stricte justice que les concurrents docteurs en médecine, chirurgiens-dentistes des hôpitaux, anciens internes, etc., etc. fussent munis en la circonstance d'un réconfortant viatique sous forme de points sur titres, lesquels devaient lui faire complètement défaut à lui qui n'était universitaire que par son titre de chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris. Il n'en affirma pas moins sa volonté de se présenter, sans être trop effaré d'un écart probablement notable comme entrée de jeu : Nous ne pouvons entrer dans cette voie, malgré tout notre désir, bien que nous reconnaissions qu'elle soit la plus juste. Ces paroles, appuyées de raisons dont la puissance ne l'a pas encore pénétré, accompagnées de témoignages élogieux très flatteurs pour sa personne, mirent fin à l'entretien. La connaissance de ces faits m'amène à conclure que, dans l'organisation d'une école officielle, une catégorie de praticiens, pouvant avoir de légitimes prétentions à faire de l'enseignement technique au grand profit des futurs dentistes, quelle que soit leur origine, serait éliminée sans examen et je demande à mon estimé confrère s'il les croit de nature à expliquer notre peu d'enthousiasme pour la combinaison qu'il préconise.

L. Richard-Chauvin.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1899

MM. **Lemerle**, *président*.
Dr Sauvez, *vice-président*.
L. Richard-Chauvin, *vice-présid.*

MM. **Choquet**, *secrétaire général*.
Jeay, *secrétaire des séances*.
Dr Pitsch, *secrétaire des séances*.

MM. **Meng**.
Touvet-Fanton.
} *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey et Poinsot.**

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1899

BUREAU

M. **d'Argent**, *président*.

MM. **Richard-Chauvin**, *vice-président*.
Coignard, *vice-président*.
De Marion, *secrétaire général*.

MM. **Prével**, *secrétaire adjoint*.
Rollin, *trésorier*.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.**, **Poinsot**.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Billet**, **Claser**, **Godon**, **Lemerle**, **Dr Maire**, **Devoucoux**, **Martinier**, **Ed. Papot**, **Paulme**, **Stévenin**, **Viau**, I.

PROVINCE *(Nord-Est)*.

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. **Dr Martin**, (Lyon), **Schwartz** (Nimes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr), **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit (A.)**, **Gardenat**, **Pillette**, **Wiesner**.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire* ; **Billet**, **De Marion**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin**.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie*.

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union* :
15 0/0 de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.

Travaux Originaux

DE L'ÉRUPTION DES DENTS TEMPORAIRES. SON MÉCANISME. SES ACCIDENTS[1].

Par M. le Dr J. Besson,
Ancien interne des hôpitaux de Grenoble,
Licencié ès-lettres.

(Communication à la Société d'odontologie de Paris. Séance du 2 mai 1899.)

(Suite).

III. — Accidents locaux et généraux de l'éruption des dents temporaires.

Nous devrons maintenant nous demander à quel ordre de phénomènes appartient l'éruption des dents, à quelles lois elle est soumise. Ici, les précieux conseils du Dr Frey nous ont été du plus grand secours. M. Frey, en effet, dans sa thèse inaugurale et dans son cours professé à l'Ecole dentaire de Paris, avait rangé l'éruption des dents parmi les *phénomènes de croissance*, idée qui nous semble indiscutable et que nous avons développée dans notre thèse. L'éruption devait donc obéir aux lois qui régissent les phénomènes de croissance.

Or le Dr Springer nous apprend dans sa thèse[2], demeurée classique, que la croissance, qui se fait *normalement* dans un organisme sain, joue le rôle d'un *traumatisme* sur un terrain vicié par l'hérédité ou le milieu. Il n'y avait donc aucune raison pour que l'éruption des dents, cataloguée parmi les phénomènes de croissance échappât à ces lois. L'éruption devait constituer un *traumatisme* dans un

1. V. numéro du 30 mai.
2. De la croissance. Son rôle en pathologie. Thèse, Paris 1890.

organisme taré par l'hérédité ou le milieu. Ce choc pouvait dès lors donner naissance à d'autres *troubles généraux*. L'éruption, comme les divers faits de croissance, pouvait alors devenir « un agent pathogène actif dont l'action s'étend à toute la pathologie générale de la période de développement ».

Ces vues allaient d'ailleurs éclairer singulièrement les observations que nous avons pu recueillir. Sur *dix-huit* observations, dont dix personnelles, que nous avons réunies à propos d'accidents de dentition, nous en avons noté *quinze* dans lesquelles l'hygiène et la nourriture de l'enfant étaient *défectueuses*. Le milieu organique où s'accomplissait l'éruption était donc troublé dans sa *nutrition*. Ce qui achevait de le prouver, c'était le *retard* ou la *précocité* de l'éruption. Le phénomène d'éruption devenait donc un véritable traumatisme chez ces enfants.

Ce traumatisme a donné lieu deux fois à des accidents infectieux *locaux*, treize fois à des accidents *généraux ou réflexes*.

Les accidents locaux infectieux sont bien connus, et le Dr Frey vous en a rapporté il y a quelque temps une belle observation, publiée dans ma thèse. Mais les accidents généraux ou réflexes ont été l'objet de nombreuses controverses. Or, avec les idées que nous ont apportées M. le Professeur Bouchard et le Dr Springer, ils sont très explicables. C'est ainsi que chez des enfants mal soignés, diathésiques, la plupart du temps en proie à des troubles généraux chroniques, nous avons constaté une exagération manifeste de ces troubles à l'occasion de chaque poussée dentaire. Nous avons ainsi noté des accidents *digestifs, pulmonaires, nerveux, oculaires*. Ces accidents naissaient ou s'exagéraient lors des poussées de dents et cessaient avec l'éruption.

Mais ici nous devons bien préciser ce terme *d'éruption* et en donner cliniquement les limites. Dans notre chapitre anatomique nous avons établi le début de l'éruption au *troisième* mois de la vie infantile. La clinique nous a absolument confirmé dans nos remarques anatomiques.

Maintes fois en effet nous avons pu observer de la douleur du côté de l'appareil dentaire, alors que les dents étaient encore incluses dans le maxillaire et bien loin de leur terme d'éruption. L'enfant criait, pleurait, avait des insomnies, refusait de téter, salivait avec abondance, se mordait les doigts avec rage, montrant ainsi clairement le siège de son mal. Il était d'ailleurs impossible de trouver une autre cause de souffrance. — Dans trois observations nous avons noté de l'irritation, de la douleur du côté de l'appareil dentaire chez des enfants de trois et quatre mois. L'enfant présentait les signes déjà énumérés ; quelquefois on pouvait même constater de la congestion gingivale ; la muqueuse de la bouche était indemne de toute lésion.

Il s'agissait là sans doute d'une suractivité, d'une *perversion* du travail physiologique de l'éruption. L'équilibre se rétablissait d'ailleurs au bout de quelques heures ou de quelques jours et le phénomène d'éruption reprenait sa marche normale.

Nous nous sommes particulièrement appliqué dans nos observations à l'étude de la *douleur de dentition*. Or nous avons pu nous assurer que bien peu d'enfants sont exempts de signes douloureux, si légers soient-ils. Cette douleur qui peut, nous l'avons vu, apparaître dès le troisième mois, éclate à des intervalles variables et alors qu'on s'y attend le moins. Tantôt l'enfant commence à avoir de l'irritation des gencives, un bien simple *prurit* ; puis une véritable douleur se manifeste au point d'empêcher l'enfant de dormir et de se nourrir. Quelquefois la douleur apparaît brusquement sous forme de rages de dents et disparaît aussi rapidement. Quoi qu'il en soit, nous sommes assuré avec M. Loup qu'il s'agit bien la plupart du temps d'une douleur réelle et non d'un simple prurit. En sorte que cette douleur nous semble devoir être *d'origine profonde*, produite par la compression du sac folliculaire et des nerfs dentaires séparés de la dent par une mince cloison. La gencive en effet n'est pas suffisamment innervée pour donner lieu à de tels symptômes douloureux.

Une dernière remarque que nous voulons faire avant de clore cette analyse clinique de l'éruption, c'est que les accidents généraux de dentition ne s'observent presque plus après l'éruption des canines et des secondes molaires de lait. Le Dr Frey, dans son étude de l'éruption de la dent de six ans, n'a pu trouver d'observations d'accidents généraux concomitants. Nous croyons avec lui que l'organisme, bien mieux équilibré à partir de l'âge de trois ou quatre ans par exemple, résiste plus facilement au traumatisme que peut causer l'éruption. L'instabilité des fonctions organiques du nourrisson explique sa grande sensibilité.

IV.— Critique des conclusions de Magitot.

Nous nous croyons suffisamment armé maintenant pour reprendre l'argumentation de Magitot et l'examiner à la lueur des faits que nous pensons avoir établis. Nous répondrons donc à l'illustre adversaire des accidents de dentition :

1° L'éruption des dents n'est pas un phènomène aussi simple qu'il l'a prétendu. Il ne consiste pas seulement dans l'accroissement de la racine et l'élévation concomitante de la couronne, mais dans une série de réactions physiologiques parfaitement équilibrées, qui ne se déroulent en silence que dans un organisme sain et bien alimenté.

2° Les dents de lait ont autant de difficulté à apparaître que la dent permanente. Le travail d'ostéite qui fait disparaître la racine de la dent de lait n'est pas dû en effet à la compression de la dent permanente; il est généralisé à la dent temporaire tout entière et il laisse des traces jusque dans la chambre pulpaire de cette dent (Malassez). La présence de la dent de lait n'est donc pas un obstacle pour la dent permanente.

3° Des accidents se produisant longtemps avant le terme de l'éruption peuvent être légitimement attribués au travail de dentition, car ce travail commence deux ou trois mois avant l'apparition des dents.

4° On ne saurait conclure de trois observations de lésions du follicule n'ayant pas produit d'accidents généraux, que ces troubles réflexes ne peuvent exister. Le Docteur Lévêque ne nous renseigne pas d'ailleurs sur les antécédents héréditaires des enfants observés.

5° On ne peut induire d'expériences faites sur des animaux sains que les enfants, et surtout les enfants à nutrition altérée ou prédisposés héréditaires, sont exempts de certains réflexes à la suite de troubles locaux.

6° Les troubles morbides semblables à ceux des enfants, troubles qu'on observe chez les animaux, alors que l'éruption des dents est achevée, doivent être en effet attribués à d'autres causes qu'à la dentition. Cela ne prouve pas qu'il n'existe pas d'accidents de dentition chez les enfants, mais seulement que ces troubles de jeunes animaux ressemblent aux divers accidents infantiles.

Nous admettrons donc avec M. Magitot qu'il est difficile de constater des *relations de cause à effet* entre la dentition et les accidents contemporains. Nous conviendrons avec lui qu'on a bien exagéré le nombre et l'importance des accidents dus à la dentition. Mais nous nous refuserons à conclure de trois observations et d'expériences faites sur des animaux sains que les troubles locaux de l'éruption n'existent pas chez l'enfant et qu'ils ne sauraient causer d'accidents réflexes, chez les affaiblis et les prédisposés surtout.

V. — Traitement des accidents locaux et généraux de l'éruption des dents temporaires.

Le traitement des accidents en rapport avec l'éruption des dents temporaires comprendra : 1° le traitement préventif ; 2° le traitement des accidents eux-mêmes.

Traitement préventif. — De notre travail tout entier s'est dégagée cette idée que les accidents de dentition ne sont qu'une des diverses manifestations de troubles intimes de nutrition. Prévenir ces troubles de nutrition ou les

atténuer, c'est donc régulariser le phénomène d'éruption et par suite enrayer l'évolution des accidents concomitants. C'est ainsi que le traitement des états diathésiques (rachitisme, syphilis, tuberculose, etc.) et le soin de l'hygiène et de l'alimentation seront les meilleurs moyens prophylactiques à employer contre les accidents de l'éruption.

L'alimentation devra être particulièrement surveillée. Les tétées seront régulières et bien espacées ; l'enfant sera nourri au sein, ou, si cela est possible, on lui donnera du lait soigneusement stérilisé. La précocité ou le retard dans l'apparition des premières dents surtout devront mettre en garde contre des accidents possibles.

L'hygiène de la cavité buccale sera particulièrement soignée. Le sein de la nourrice ou le biberon seront tenus dans un parfait état de propreté. On pratiquera de fréquents lavages buccaux avec de l'eau bouillie ou boriquée. On ne laissera entre les mains de l'enfant aucun objet susceptible de blesser ou d'infecter sa muqueuse buccale.

II. — *Traitement des accidents locaux et généraux.*

Mais si, malgré toutes ces précautions, les accidents éclatent, nous aurons à les combattre directement.

Contre la congestion gingivale et la douleur profonde qu'on peut observer à toutes les périodes de l'éruption, nous emploierons un traitement local.

Bien des palliatifs ont été proposés dans ce cas et aucun ne nous semble atteindre rapidement et sans danger le but indiqué. Longtemps, en effet, les scarifications au-dessus de la couronne dentaire ou sur la surface labiale des gencives ont été préconisées et employées. Dans le premier cas (scarifications sur la crête gingivale) on pensait livrer passage à la dent sur le point d'achever son éruption. Cette vue était fausse, car la plupart du temps la dent n'occupait pas l'espace ainsi créé et l'on n'aboutissait guère qu'à la formation d'un tissu de cicatrice. De plus on risquait de léser l'émail si fragile encore de la dent sous-jacente. Dans le second cas (scarifications sur la face labiale) on avait pour

but de décongestionner la gencive et l'idée était plus juste; mais on créait ainsi une porte d'entrée aux nombreux microbes de la bouche.

En même temps on conseillait l'application de sangsues sur la muqueuse gingivale, traitement passible des mêmes risques d'infection.

Aujourd'hui ces méthodes sanglantes sont de plus en plus abandonnées et l'on a recours aux anesthésiques. C'est ainsi que nous avons trouvé dans les livres spéciaux une foule de formules ayant pour bases des anesthésiques, principalement la cocaïne, l'opium, le chloroforme. Certes ces préparations appliquées sur la gencive atténuent la douleur, mais pour un temps fort court. Et si l'on admet notre conception de douleur profonde de dentition, ils ne semblent pas plus indiqués dans ce cas qu'ils ne le sont pour un point de congestion pulmonaire, une sciatique.

Ce sont les révulsifs qui dans cette affection, comme dans toutes les congestions et douleurs profondes, semblent avoir le plus de chances de succès. Aussi croyons-nous aisément que M. Franki Moulin a obtenu des succès dans le cas de douleur de dentition par l'emploi de badigeonnages d'une solution de nitrate d'argent.

Pour nous, c'est *à la teinture d'iode* que nous nous sommes adressé. Déjà M. Loup, en 1895[1], avait proclamé l'excellence de ce révulsif, si utile en art dentaire, contre la douleur de dentition. Après lui et sur son conseil, nous l'avons expérimenté et nous en avons retiré les plus heureux effets. C'est ainsi que la teinture d'iode calme rapidement et pour longtemps la douleur vive de certaines éruptions et qu'elle atténue la congestion gingivale. Ce médicament peut être appliqué à toutes les périodes du travail d'éruption et aussi souvent qu'on le désire, sans danger pour l'enfant.

On pourra faire un badigeonnage avec un tampon de ouate aseptique enroulé autour d'une allumette par exem-

1. *L'Odontologie*, 1895.

ple toutes les fois qu'on prévoit une crise douloureuse ou qu'on y assiste. On évitera de laisser tomber de la teinture dans la bouche de l'enfant, bien que cet accident n'ait pas grande importance, car l'iode se combine immédiatement avec les matières albuminoïdes de la salive et n'est plus toxique.

On ne se servira que de teinture d'iode fraîche, non altérée et préparée selon la formule du Codex. C'est là une condition indispensable de succès.

Le même traitement local pourra d'ailleurs être appliqué avec succès lorsque les accidents réflexes éclatent. En même temps on instituera le traitement ordinaire des troubles digestifs, pulmonaires, nerveux, oculaires ou de la peau, chez l'enfant. On ne fera jamais de la dentition douloureuse la cause de ces accidents qu'en dernière hypothèse, sous peine de s'exposer à de graves mécomptes.

Quant aux accidents infectieux qu'on peut observer dans la dernière période de l'éruption, on les soignera par la méthode antiseptique. Dans le cas de gingivite intense on lavera fréquemment la bouche avec une solution d'eau boriquée ou avec une solution faible d'hypochlorite de soude. On alcalinisera ainsi la salive devenue très acide et l'on préviendra l'apparition du muguet qui se développe si facilement dans un milieu hyperacide (Ausset). Si une stomatite se développe, on fera de fréquents lavages antiseptiques, des attouchements avec un collutoire au borax ; mais on se gardera d'inciser la muqueuse gingivale et d'activer ainsi les phénomènes infectieux. Enfin les nécroses des maxillaires seront traitées chirurgicalement.

Conclusions.

I. — Un coup d'œil jeté sur les diverses phases de la question des accidents de dentition nous permet de constater : 1° qu'on a toujours négligé l'étude du phénomène incriminé : l'éruption des dents temporaires ; 2° qu'on n'a pas suffisamment distingué les terrains organiques sur lesquels l'éruption peut évoluer.

II. — Le mécanisme de l'éruption des dents temporaires consiste essentiellement : 1° dans la résorption de la paroi alvéolaire antérieure par *ostéite raréfiante ;* 2° dans la progression de la dent vers la face externe du maxillaire, puis vers la crête gingivale et l'élévation concomitante de l'alvéole par *ostéite condensante* ; 3° dans *l'érosion* successive du sac folliculaire et de la fibre-muqueuse gingivale.

Le travail d'éruption commence *trois mois* avant l'apparition des dents. La dent pendant son éruption suit le trajet d'un faisceau fibreux ou *gubernaculum dentis* qui aboutit à la gencive ; sa progression est vraisemblablement préparée par la prolifération des masses épithéliales incluses dans le *gubernaculum.* En sorte que l'éruption dentaire peut être comparée à l'*excrétion d'une glande* (Malassez).

III. L'éruption des dents est *un des différents phénomènes de la croissance.* Elle obéira donc aux lois qui régissent ces phénomènes. C'est ainsi qu'elle pourra constituer un véritable *traumatisme* dans un organisme dont la nutrition est pervertie. Elle pourra alors engendrer des *accidents réflexes,* surtout chez des enfants affectés de prédispositions morbides. Ces accidents se produiront d'autant plus facilement que l'enfant sera en bas âge et que son organisme sera dans un état d'équilibre instable.

IV. — Une série d'observations prises chez des enfants en période d'éruption nous permet de constater : 1° des accidents locaux mécaniques ou infectieux en rapport avec le travail d'éruption des dents temporaires : douleur, congestion, gingivite, stomatite, nécrose du maxillaire ; 2° des accidents généraux réflexes : troubles de l'appareil digestif, de l'appareil respiratoire, troubles nerveux, oculaires, de la peau.

V. — Mais nous remarquons que ces accidents ont été accompagnés, dans la plupart de nos observations, de *précocité ou de retard* dans l'apparition des groupes de dents. De plus chez tous ces enfants l'*alimentation ou l'hygiène étaient défectueuses.* En sorte que nous concluons à des relations intimes entre l'éruption laborieuse ou pathologique et les perversions de la nutrition.

L'observation des faits confirme ainsi les hypothèses que nous avons antérieurement émises: le travail d'éruption qui s'accomplit dans un organisme à nutrition altérée peut très facilement devenir traumatique et donner lieu à des troubles réflexes.

VI. — Le traitement préventif des accidents locaux et généraux de l'éruption consistera donc dans une surveillance étroite de l'hygiène et de l'alimentation de l'enfant (allaitement naturel, nourriture réglée), et les soins de propreté de la cavité buccale (lavages antiseptiques). Si les accidents mécaniques (congestion, douleur) apparaissent, on aura recours aux révulsifs appliqués sur la gencive douloureuse, et particulièrement aux *badigeonnages de teinture d'iode*. Le même traitement sera applicable aux accidents généraux réflexes; mais de plus on soignera les symptômes généraux (diarrhée, convulsions, etc.), comme s'ils n'étaient pas dus au travail de dentition. Enfin les accidents infectieux de la dernière période seront traités par la méthode antiseptique (lavages de la bouche avec une solution d'eau boriquée ou d'hypochlorite de soude).

*
* *

Ainsi nous avons essayé dans ce modeste travail de mettre au point cette question si obscure et si complexe des accidents de dentition. Nous avons cru que les opinions les plus contraires en apparence ont toujours quelque connexion. Nous avons essayé de nous tenir à égale distance des exagérations des Hippocratistes et des partisans de Magitot. Nous avons pris à chacun la part de vérité que renfermait sa doctrine et nous avons tenté de nous tenir dans un juste-milieu, plus conforme à l'interprétation des faits, des faits cliniques en particulier.

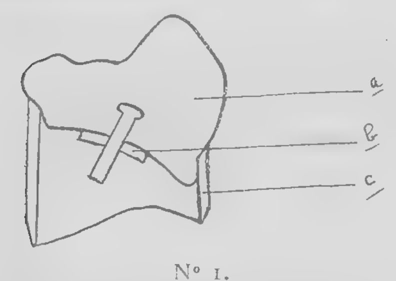
Il nous reste maintenant à remercier encore une fois ceux qui nous ont si puissamment aidé dans notre étude : nous voulons parler de M. Malassez, du Dr Frey, de MM. Loup et Mahé, à qui nous garderons une vive reconnaissance.

DE DIVERSES COURONNES ET DE L'EMPLOI DU FOURNEAU ÉLECTRIQUE DANS LEUR FABRICATION[1]

Par M. H. J. Harwood, D. D. S., de Lyon.

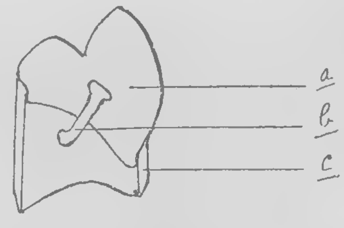
(Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 11 avril 1899).

Pour les dents du bas et dans certaines bouches les coiffes en or sont souvent trop voyantes et attirent les regards par l'exposition choquante de l'or et leur manque d'esthétique. D'un autre côté, la coiffe encerclant exactement la racine lui donne plus de force de résistance et lui évite d'être fendue dans bien des cas ; c'est ce qui résiste le mieux à l'action de la salive. Pour ces raisons j'ai été amené à faire une combinaison qui, tout en gardant la bande autour de la racine, présente à l'œil un aspect plus harmonieux, surtout dans le bas, où la joue et la langue cachent la bague à sa partie inférieure. Les premiers essais datent de quelques années, car dans une clientèle privée il faut attendre le bon résultat d'une expérience avant de la généraliser.



N° 1.

Fig. 21. — Grosse molaire et coiffe en métal : *a* dent en porcelaine, *b* plaquette à laquelle sont soudés les crampons, *c* coiffe.



N° 2.

Fig. 22. — Petite molaire et coiffe métallique : *a* dent en porcelaine, *b* crampon soudé directement à la coiffe, *c* coiffe.

Ce sont les numéros 1 et 2 que vous voudrez bien exa-

1. L'emploi des émaux et des pâtes fusibles en prothèse dentaire est devenu d'usage courant depuis qu'on utilise le fourneau électrique. Un de nos excellents confrères de Lyon, M. Harwood, qui s'est beaucoup occupé de ce genre de travaux, a bien voulu nous communiquer les multiples applications qu'il en fait dans sa pratique ; nous sommes heureux de transmettre ces renseignements à nos lecteurs et nous espérons que ce travail, *tout d'actualité*, les intéressera. Nous accompagnons son texte de figures schématiques.

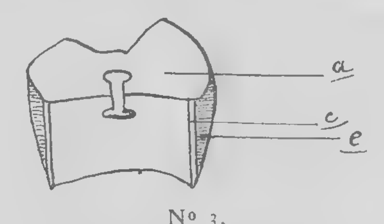
N. D. L. R.

miner. Peu de changements y ont été apportés. Je voudrais cependant faire observer quelques détails sur le *n° 1*. La dent n'est pas entièrement plaquée. Je trouve qu'elle acquiert plus de résistance lorsque le ciment employé pour la sceller est en contact direct avec sa face postérieure. Cette façon de procéder évite les lacunes ou espaces que laisse parfois le plaquage en entier et qui favorisent la cassure. Les crampons sont laissés dans toute leur longueur pour aider à la rétention.

Le n° 2 est sans plaque, les crampons sont soudés directement à la bague ; ils peuvent être aplatis contre la dent en cas de gêne pour le placement de la couronne. L'or employé pour ces deux couronnes est un essai de l'or 22 carats « *stiff* » d'Ash. Il y a en effet plus de résistance qu'avec le 22 ordinaire.

Ces couronnes appliquées aux grosses molaires et dents du bas forment une sorte de modification de la couronne « Richmond ».

La manière de les fabriquer est semblable à celle des coiffes en or. On ajuste la bague sur la racine préparée, en laissant à la bague une hauteur suffisante et supérieure du côté lingual. On soude la bague, on remet sur la racine, on prend une empreinte avec la bague en place, on prend l'articulation avec de la cire et l'on coule les modèles sur l'articulateur, tout cela suivant les procédés ordinaires. Ensuite il faut ajuster la dent à la bague, plaquer au besoin et articuler. Mettre dans le plâtre ou dans un autre revêtement et souder.

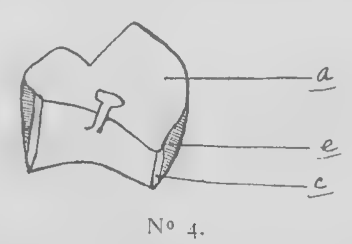


N° 3.

Fig. 23. — Coiffe recouverte d'émail : *a* dent spéciale en porcelaine, *c* coiffe en platine, *e* émail.

N° 3. Pour les molaires du haut, petites et grandes, bien visibles en parlant, je confectionne depuis quelque temps,

toujours pour conserver les avantages de la bande sur les racines, des dents dont la bande, en platine cette fois, est recouverte d'un émail qui la masque complètement. Je vous présente une grosse molaire et deux petites molaires ainsi préparées. La dent employée et dont je vous soumets aussi un spécimen est de la fabrication de White. Vous remarquerez que la bande, dont le joint est soudé à l'or pur, n'est pas unie de la même manière à la dent; le « corps » et l'émail employés suffisent pour les souder ensemble. Les crampons laissés en place aident à la prise, mais peuvent être coupés ras s'ils gênent dans l'adaptation. La bande est perforée par endroits pour favoriser l'adhérence de l'émail au platine. Bande et dent, une fois ajustées, sont attachées ensemble et revêtues d'une couche épaisse de l'émail d'Ash « *high fusing* ». On la passe au fourneau électrique pour faire le « biscuit ». Une fois l'objet presque refroidi, on le taille et pour la deuxième cuisson il est revêtu d'une couche d'émail de Downie « *low fusing* ». Il existe maintenant un émail « *low fusing* » d'Ash que j'essayerai à l'occasion.

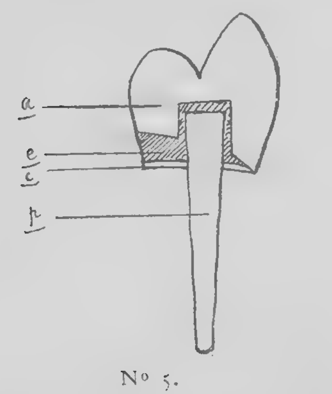


N° 4.

Fig. 24. — Coiffe recouverte d'émail, *a* prémolaire ordinaire. *c* coiffe en platine, *e* émail.

N° 4. Quand l'articulation le permet, pour une dent en vue, je prends une petite molaire ordinaire, j'y ajuste une bague encerclant la racine semblable au n° 1, mais en platine, et la partie exposée de la bague et le corps de la dent sont couverts d'émail. Ceci se fait ordinairement en une seule cuisson, et, comme vous le remarquerez, la soudure des crampons à la bande est facultative. On peut laisser les crampons droits pour servir d'attache ou les aplatir contre la dent et les souder à la bande.

Les divers autres emplois du fourneau dans ce genre sont les suivants :



N° 5.

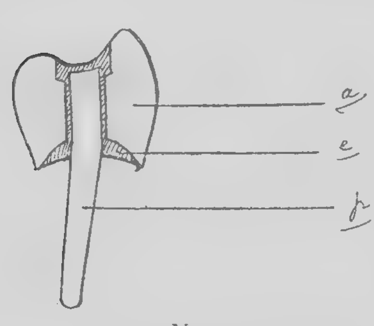
Fig. 25. — Dent diatorique transformée en dent Logan ; *a* dent, *c* capsule en platine, *e* émail, *p* pivot.

N° 6.

Fig. 26. — Couronne Logan renforcée d'une coiffe sur la racine ; *a* dent Logan, *e* émail, *c* coiffe ou bande en platine.

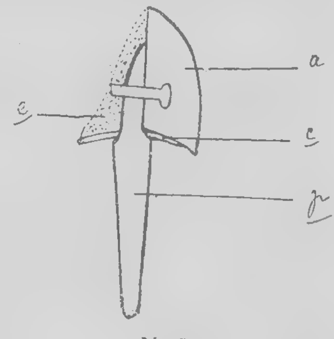
N° 5. Avec l'aide des pivots en alliage d'Ash, on peut transformer une dent diatorique en dent système Logan. Le principe de la préparation est le même que pour le n° 4.

N° 6. Il est parfois nécessaire de renforcer les racines fragiles avec une bande quand on désire poser une couronne de Logan. Le n° 6 en est un spécimen. Après ajustage de la bande à la racine et de la dent à la bande, la bande est recouverte d'un émail qui sert en même temps pour souder la bande à la dent ; on obtient ainsi une couronne très forte.



N° 7.

Fig. 27. — Couronne Bonwill transformée en couronne Logan ; *a* couronne Bonwill, *e* émail, *p* pivo'.



N° 8.

Fig. 28. — Préparation d'une dent ordinaire devant être transformée en dent Logan : *a* dent, *c* capsule, *e* partie qui sera revêtue d'émail, *p* pivot.

N° 7. Couronne Bonwill transformée en Logan. Même

pivot que ci-dessus. Cette combinaison permet d'ajuster le pivot dans les racines ayant une mauvaise direction ou position, tout en permettant le placement de la dent à l'alignement. La couronne et le pivot sont ajustés et collés ensemble à la cire, puis ils sont munis de porcelaine et passés au fourneau.

N° 8. Une dent canine avec pivot Logan montre le principe de la préparation avant de les mettre dans leur revêtement. Tout l'ajustement se fait dans la bouche.

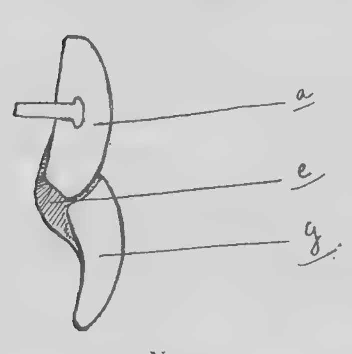
Les *n*os 9 et 10 démontrent l'emploi du fourneau électrique pour la modification des blocs de dents à gencives.

Les gencives ajoutées aux dents ordinaires nous ont été montrées au Congrès de Bordeaux par le représentant de de la maison Downie ; mais, ces gencives étant en émail coulé, il est impossible de conserver la forme de la surface et la variété de nuance en est bien limitée. D'un autre côté les dents à gencives ordinaires,dont la première préparation se fait dans des moules, ont le défaut (quant aux dents), d'être trop uniformes de nuance et surtout de position, de sorte qu'on en trouve rarement qui remplissent à la fois les conditions voulues de teinte des dents, teinte des gencives, position et direction des dents qu'on veut imiter, dans les cas de pièces partielles surtout. J'ai donc depuis quelque temps gardé les dents à gencives abîmées en découpant les dents cassées, de sorte que le bloc de gencive seul me reste. Lorsqu'un cas se présente, j'assortis d'abord ma gencive comme teinte, ensuite je choisis mes dents *en nuances graduées de la grande incisive à la canine*, chose impossible à obtenir dans les blocs de dents à gencive et cependant absolument nécessaire si l'on veut copier la nature. Les dents étant ajustées au bloc et placées dans la position désirée, sont revêtues de plâtre ou d'autre matière choisie. La cire est chassée et remplacée par de l'émail d'Ash « *high fusing* », l'objet passé au fourneau et le tout soudé ensemble à l'émail.

Le *n°* 9 montre deux cas finis de cette manière.

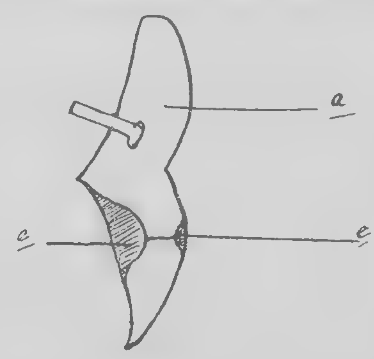
Le *n°* 10 montre un bloc avec ses dents ajustées prêtes à être revêtues.

Si l'usage de ce procédé se répand, il serait à souhaiter que les fabricants de dents nous fournissent des blocs de



N° 9.

Fig. 29. — Adaptation d'une dent ordinaire à un bloc à gencive ; *a* dent, *e* émail rosé, *g* bloc à gencive.



N° 11.

Fig. 30. — Réparation d'un bloc à gencive fracturé ; *a* bloc à gencive, *c* émail rosé.

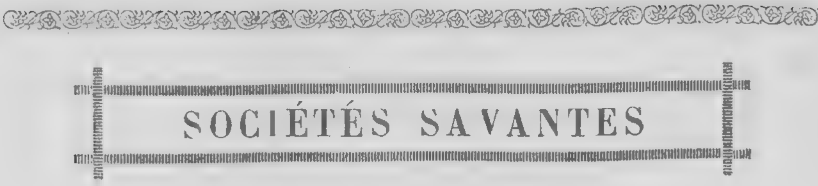
gencives moulés et *sans dents* auxquels on pourrait ajouter les dents voulues.

Le *n°* 11 représente la réparation d'un bloc de gencives cassé et qui serait, comme cela se voit souvent, difficile à remplacer. La dent étant démontée, la cassure est soudée avec de l'émail.

La même dent indique la possibilité de nuancer les gencives. La cassure est entièrement masquée sur la surface antérieure.

Afin de suivre bien exactement la coulée de l'émail dans le fourneau, je me sers d'une loupe avec verre grossissant et plaque de verre bleue encastrées dans le même cadre, de façon à supporter la chaleur et l'éclat du fourneau, tout en suivant très attentivement et pendant tout le temps voulu la marche de la coulée.

Il est recommandé de bien soigner la marche du fourneau. Un rhéostat ou une résistance quelconque est utile pour retarder soit le chauffage, soit le refroidissement trop rapide du four à cause de ses petites dimensions. J'ai évité cet inconvénient d'une façon simple : j'entoure mon fourneau de 3 à 4 épaisseurs de corde d'amiante.



SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE LYON

Séance d'ouverture du 26 mai 1899

Présidence de M. le Dr Guillot.

Ordre du jour:

1° Sinusite du maxillaire supérieur gauche, par MM. Guillot et Vichot.
2° Travail de couronnes en porcelaine par M. J. H. Harwood. Quelques spécimens.
3° Des obturations en porcelaine d'après la méthode de la double empreinte par M. Gross, de Paris.

Allocution du président

Mes chers collègues,

La société d'Odontologie de Lyon est le complément obligatoire de l'Ecole et du Dispensaire dentaires qui sont en pleine voie de création.

Cette Société est toute scientifique et ne peut être composée de prime abord, en tant que membres honoraires et titulaires, que des personnes appartenant au monde médical et à la profession de dentiste qui de près, ou de loin, ont contribué par leurs encouragements et leur bourse à la fondation de l'école et du dispensaire dentaires de Lyon.

La Société a pour but unique de s'occuper des progrès qui se font dans *notre art*, qu'il s'agisse de *prothèse* ou de *dentisterie opératoire*. On y présentera et discutera tous les cas de *chirurgie dentaire* qui peuvent se rencontrer, comme particulièrement intéressants, dans la clientèle privée ou au dispensaire de l'école. On y exposera les différents traitements appropriés, les anciens, comme les modernes, les résultats obtenus, partiels ou définitifs, proches ou éloignés.

Notre Société d'odontologie n'a aucune autre prétention et ne peut en avoir d'autres. Aussi espérons-nous qu'elle deviendra prospère, car nous nous tiendrons toujours dans le même esprit de liberté : le *progrès par tous et pour tous;* en un mot nous voulons arriver à mettre en pratique ce grand principe : la *mutualité de l'enseignement.*

Quand nous seront tous bien pénétrés de cette idée que *dentistes* nous *devons rester dentistes* et ne point essayer d'envahir le terrain

médical où nous risquerions fort de nous embourber et de nous rompre le cou, mais bien nous *confiner* pour le meilleur accord entre dentistes et médecins, dans *notre sphère spéciale*, assez vaste du reste, pour remplir *toute une vie de travailleur*, alors nous verrons véritablement s'élever notre niveau moral et scientifique; nous verrons, disons nous, notre profession d'autant plus respectée que nous serons restés *nous-mêmes (applaudissements).*

Les positions respectives étant bien conservées, c'est dans ces conditions que médecins et dentistes, s'estimant mutuellement, pourront se rendre de réels services.

Grâce à ces bons rapports, et l'instruction générale aidant, les malades de toutes classes que les dentistes auront à soigner, profiteront des efforts et des travaux que l'union scientifique et confraternelle de nos praticiens auront su consacrer.

En travaillant tous au développement de notre Société, nous montrerons que si l'initiative privée a su faire chez les autres nations des hommes de talent et d'énergie, elle peut en France, voire même à Lyon, arriver aux mêmes résultats, malgré la défection de quelques pusillanimes, et les idées étranges de nos détracteurs sur la dispensation arbitraire des derniers publics en France *(applaudissements).*

Dans un prochain numéro nous publierons le compte rendu détaillé et complet de cette séance.

N. D. L. R.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE, LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE

Tableau statistique de 169 autopsies de sinus de la face

M. Pierre Lapalt (de Pau) a rencontré sur 169 autopsies des divers sinus, à l'hôpital Saint-André (de Bordeaux), 55 empyèmes, qui peuvent se répartir de la façon suivante : 48 sinusites maxillaires; 19 sinusites sphénoïdales; 6 ethmoïdales et 5 frontales. Le total de ces sinusites est supérieur à 55 à cause des diverses sinusites combinées.

Quant au rapport des affections des sinus avec les maladies générales, il a été trouvé que les maladies où les sinusites se rencontraient le plus fréquemment étaient :

1° Les maladies pulmonaires aiguës ; 2° la tuberculose pulmonaire ou méningée ; 3° le cancer, principalement de l'estomac et de l'intestin ; 4° les maladies du cœur; 5° les affections du cerveau ; 6° les maladies des reins.

4me CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL
SESSION DE LYON
12, 13, 14 août 1898.

DE L'INTERVENTION DANS LES CAS D'ABCÈS ET DE FLUXION [1]

Rapport présenté par M. le Dr E. SAUVEZ,
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris,
Dentiste des Hôpitaux.

(Suite et fin)

HUITIÈME CHAPITRE

ABCÈS OU FLUXION D'ORIGINE NON DENTAIRE

Nous avons enfin à parler de cas qui se présentent encore assez fréquemment dans la pratique, c'est-à-dire des cas d'abcès ou de fluxion ayant pour origine une cause autre que les dents.

Un malade se présente dans notre cabinet, se plaignant vivement d'une, ou, la plupart du temps, de deux dents le faisant violemment souffrir. Ces dents lui semblent plus longues que les voisines ; elles sont mobiles ; la gencive qui les sertit est boursouflée, congestionnée, brûlante. Elle semble décollée de la dent qu'elle ne sertit plus comme à l'état normal. Le malade n'a pas dormi de la nuit, ressentant un battement continuel dans la partie malade. Il a quelquefois de la difficulté à ouvrir la bouche, à avaler même. Il y a souvent de l'adénite sous-maxillaire. Qu'allons-nous faire ? Allons-nous, nous contentant de ce que nous dit le malade, le débarrasser de sa dent ou de ses dents ? Non.

Examinons-le bien et surtout interrogeons-le bien attentivement. La gencive est boursouflée, comme nous le disions tout à l'heure, mais elle possède un aspect particulier *différant absolument* de celui qu'on remarque dans les cas d'abcès d'origine dentaire.

Ce boursouflement est beaucoup plus diffus, beaucoup plus étendu. La portion la plus enflammée ne se trouve pas localisée vers la partie apicale, mais, au contraire, près du collet de la dent. La languette de gencive, existant à l'état normal entre deux dents saines, ■ disparu.

Demandons à notre malade s'il a souffert antérieurement de sa dent, combien il y a de temps qu'il a commencé à en souffrir, et enfin demandons-lui si 24 ou 48 heures avant il n'a pas mangé de poisson, s'il a l'habitude de se servir de cure-dents, si la brosse à dents dont

---

(1) V. nos des 30 décembre 1898, 28 février, 15 mars, 15 avril, 15 et 30 mai 1899.

il se sert n'est pas trop dure ou trop vieille, si les crins ne se détachent pas.

Presque toujours, en posant ces questions, vous obtiendrez des réponses venant confirmer votre opinion et vous permettant de poser un diagnostic précis.

Nous nous trouverons 99 fois sur 100 en présence d'un abcès ou d'une fluxion occasionnés par un corps étranger, cause initiale de tous les accidents que nous venons de signaler.

Voyons rapidement quels sont les corps étrangers pouvant agir comme facteurs :

Ce sont, par ordre de fréquence :

1° Les arêtes de poisson ;

2° Les crins de brosses à dents;

3° Les barbes de cure-dents ou les cure-dents métalliques ;

4° Les pépins de fruits, tels que groseilles, framboises, fraises, figues, etc.

5° Les croûtes de pain.

Nous n'avons pas à étudier séparément chacun de ces cas. Vous vous rendez compte de la manière dont ils agissent; il peut, aussi, exister une articulation défectueuse. Vous connaissez tous ces articulations dans lesquelles, lorsque le malade ferme la bouche, les dents du maxillaire supérieur cachent entièrement celles du maxillaire inférieur.

Les personnes atteintes de cette articulation défectueuse sont sujettes assez fréquemment à des ulcérations de la muqueuse de la voûte palatine par suite du frottement continuel des dents du maxillaire inférieur contre cette muqueuse. Il y a quelquefois usure du talon des incisives supérieures, puis déchaussement de la muqueuse qui les sertit à cet endroit, usure du ligament, et pour peu que les molaires viennent à manquer, il n'en faut pas davantage, tout l'effort de la mastiscation se produisant sur ces dents, pour que, le malade venant à couper de la croûte de pain, il en fasse pénétrer quelques bribes entre la dent et l'alvéole où elles occasionnent les accidents que produisent les corps que nous avons signalés.

Considérons maintenant la gravité que peut avoir la position d'un corps étranger placé dans la gencive. Pour ce qui concerne les arêtes et les crins de brosse à dents, le pronostic sera plutôt bénin à la mâchoire supérieure.

Supposons qu'une arête de poisson vienne à se placer entre deux dents fortement serrées. Il y aura irritation, congestion, allongement de la dent, formation de pus ; mais ce pus, par suite de l'effet de la pesanteur, tendra toujours à descendre; il ne se collectera pas. Au contraire, avons-nous affaire à une dent du maxillaire inférieur, les phénomènes seront plus graves et d'autant plus graves que le corps

étranger sera fiché horizontalement entre deux dents ou bien sera implanté parallèlement à l'axe de la dent. Quelquefois même les arêtes et les crins de brosse peuvent se glisser entre l'alvéole et le ligament et pénétrer très profondément. Le pus se collecte très rapidement, décolle le ligament, gagne les lymphatiques et peut occasionner les mêmes adénites que produisent les décompositions putrides de la pulpe. Dans ce cas, 70 à 80 fois sur 100 l'extraction de la dent est nécessaire.

Le cadre forcément restreint de ce rapport nous a obligé souvent à nous arrêter dans le développement de divers chapitres, en particulier dans le dernier, que nous n'avons pas développé ici, puisqu'il s'agissait d'abcès ou de fluxion d'origine non dentaire.

CONCLUSIONS

I. L'intervention *complète* est variable suivant les degrés de la phlegmasie.

Dans la première phase, *fluxion œdémateuse simple*, elle consiste à tenter la résolution de la fluxion et à pratiquer l'extraction.

Dans la deuxième phase, *fluxion phlegmoneuse*, elle consiste à pratiquer l'extraction et à guider l'évolution de l'abcès pour l'amener à s'ouvrir dans la bouche.

Dans la troisième phase, *abcès*, elle consiste à pratiquer l'extraction et à ouvrir l'abcès.

II. Dans la première période le praticien tentera d'amener la résolution de la fluxion.

Dans la seconde période l'intervention dépend de l'intensité des phénomènes inflammatoires ; l'extraction suffira presque toujours pour arrêter la marche de la phlegmasie. Il sera toujours indiqué, que l'extraction soit faite ou non, de guider l'évolution de l'abcès par une thérapeutique appropriée.

Dans la troisième période on se souviendra que le mal est limité ; si l'abcès proémine dans la bouche, on l'incisera.

Sauf le cas où l'abcès marche vers la peau, et dans lequel l'extraction s'impose, l'extraction est discutable et guidée par les symptômes locaux et généraux.

III. Dans les trois périodes l'extraction est indiquée lorsque la dent est condamnée.

IV. La tuberculose, la syphilis, le cancer, les fièvres éruptives, l'actinomycose, la scrofule, l'ostéo-myélite, commandent l'intervention complète.

V. Le diabète sucré, l'albuminurie, l'érysipèle, l'hémophilie, l'épilepsie, contre-indiquent l'intervention complète.

VI. La fièvre typhoïde, le typhus, les affections cardiaques et nerveuses, donnent des indications variables.

VII. La grossesse, la lactation et la menstruation donnent des indications variables.

VIII. Le choix de l'intervention dépend du siège de la dent, de son état, de la longueur de ses racines, de ses rapports anatomiques, etc.

IX. Le choix de l'intervention dépend de considérations esthétiques, physiologiques et du milieu social.

X. L'extraction, quand elle est décidée, sera faite immédiatement. L'ouverture de l'abcès ne sera faite que lorsque le pus sera superficiel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

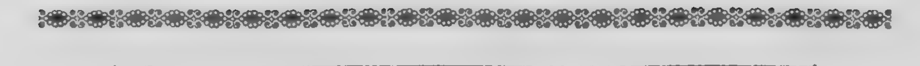
Sialorrhée de cause inconnue

M. Triboulet présente une malade qui, à l'occasion d'une grippe légère, fut soumise à un régime tonique insignifiant (sulfate de quinine, 20 centigrammes pendant 8 jours) et à un régime ioduré (50 centigrammes d'iodure de potassium par jour), du 21 mars au 2 avril.

A cette dernière date, on cesse l'iodure et, dès le lendemain, la malade est prise de sialorrhée progressive qui, pendant un mois, lui fait éliminer un litre au minimum d'une salivation filante. L'intérêt de l'observation se concentre sur le diagnostic.

Il s'agit d'une femme robuste,de dentition parfaite, sans stomatite, ni parotidite, sans tare organique d'aucune sorte, avec urines normales. Pas de trace d'hystérie ; s'agit-il d'une sialorrhée post-grippale ?

La grippe a été bien légère. Il semble que, suivant l'hypothèse la plus vraisemblable, ce soit l'iodure qui ait été la cause des troubles salivaires ; ce qui reste surprenant, c'est que la salivation n'ait pas été contemporaine de l'usage de l'iodure, mais qu'elle l'ait suivi, comme s'il y avait eu, au préalable, saturation lente de l'organisme.





REVUE DE L'ÉTRANGER

LES OBTURATIONS DE PORCELAINE

Communication lue à la Société Odontologique de New-York, par M. J. Head.

Traduction de M. G. Gross,

Chef de clinique à l'École Dentaire de Paris.

(Suite)

Discussion

Le Président. — Nous voudrions avoir l'avis de M. Ottolengui, qui a une grande expérience des obturations de porcelaine.

M. Ottolengui. — Je puis dire que j'*acquiers* l'expérience des obturations de porcelaine. Je n'ai pas d'expérience dans le sens que M. Head le dit, c'est-à-dire quant à l'emploi des porcelaines à haute fusion, qui ont été, si je me souviens bien, introduites il y a quelques années par M. Land. J'ai quelque expérience de l'usage des obturations de verre, qui, je crois, était un verre à haute fusion et j'emploie depuis quelque temps le produit de M. Jenkins, qui est réellement une porcelaine à basse fusion.

Dans un but expérimental j'ai pris de l'émail et l'ai cuit autour d'une tige, puis j'ai broyé la porcelaine sur la tige et l'ai trouvée sans aucune apparence de porosité. De plus elle peut être polie après le meulage.

L'auteur de la communication dit que ce travail n'exige pas plus d'habileté mécanique qu'une aurification. Il dit aussi que lui-même ne possède pas une adresse extraordinaire. Il est modeste, il est très habile, comme le verront la majorité de nos confrères qui entreprendront de répéter sa démonstration dans leur cabinet.

Dans toutes les descriptions de ce genre de travail, et j'en ai lu un certain nombre, les auteurs vous disent : « Foulez l'empreinte dans la cavité et, le moule obtenu, vous pouvez marcher ». Mais, d'après mon expérience, l'obtention de ce moule, excepté dans les cavités les plus accessibles, exige un très haut degré d'adresse et d'habileté mécaniques ! Il faut, dans les cavités proximales, joliment calculer pour savoir s'il y a assez d'espace. Vous pouvez avoir une empreinte si bien adaptée à la cavité que cette cavité semble être en or et ne pouvoir l'obtenir parce qu'il n'y a pas d'espace; et, naturellement, si vous ne pouvez pas enlever l'empreinte, vous ne pourrez pas non plus introduire le bloc de porcelaine.

Il y a des cas, trop de cas, où vous pourrez enlever votre empreinte,

1. Voir numéro du 30 mai, page 471.

mais où il vous sera impossible de mettre le bloc en place parce que l'espace qui existait de par la cavité est absent lorsque la dent est reconstituée. Dans quelques cas je n'ai pas pu obtenir l'espace suffisant pour introduire mon bloc, même en meulant le bord interne. Dans un cas j'obtins tout l'espace possible au moyen de la séparation ; j'employai même l'ingénieux appareil de Gillett et, après deux ou trois essais pour faire une obturation de porcelaine convenable, j'obturai finalement la cavité avec de l'or.

La tendance à prendre la forme sphérique est une grande difficulté lorsqu'il s'agit de reconstitution. Vous bâtissez l'angle avec soin, vous mettez dans le fourneau et vous obtenez un mauvais résultat; vous avez un bloc à la place d'un angle vif. Lorsqu'au début j'employais l'émail de Jenkins, il me semblait moins bon que les obturations de verre, car je ne pouvais pas faire les reconstitutions comme je les faisais avec le verre.

Mais j'acquiers de l'expérience et il me paraît maintenant que le secret pour faire les contours au moyen de l'émail de Jenkins réside en ceci : au lieu de chercher à obtenir la reconstitution en deux ou trois cuissons, il devient nécessaire de l'obtenir dans un nombre de cuissons beaucoup plus grand, parce qu'il semble que la pâte qui a déjà été fondue prend moins facilement la forme sphérique dans les cuissons suivantes. Que la première couche couvre simplement la matrice ; alors, la fois suivante, vous remplissez l'empreinte. Supposons que vous ayez à faire un angle : commencez à construire en prenant soin de ne pas mette trop de matière sur la face labiale. Ajoutez-y un peu d'émail chaque fois, vous contentant de l'élever par degrés. J'ai fait un angle d'incisive latérale cette semaine et je l'ai cuit six fois, mais lorsque je l'ai placé dans la bouche, j'ai eu la satisfaction de voir que j'avais obtenu le contour que je voulais.

L'empreinte la plus difficile à obtenir se recontre lorsque la cavité interstitielle s'étend jusqu'au bord gingival. Nous mettons la digue, si c'est possible, mais le bord de la cavité n'est pas au même niveau que la digue. Obtenir un angle vif de l'empreinte et ne pas plisser l'or ou le platine en ce point est extrêmement difficile. Dans un grand nombre de cas le résultat sera que votre obturation débordera et c'est justement ce que nous condamnons dans une obturation de porcelaine : qu'elle déborde au bord cervical.

Après avoir laissé l'obturation durcir parfaitement, il n'y a aucune difficulté à la finir à la séance suivante avec du papier-émeri fin et à la polir comme vous polissez l'or.

M. Head. — Je dois insister encore sur le fait que les poudres fusibles à haute température conservent mieux leur nuance que celles qui fondent à une température moins élevée.

Des essais que j'ai faits avec l'émail de Jenkins il résulte que ce corps est moins dur que celui qui est vendu par la « Consolidated Dental Manufacturing Co ».

La méthode de Jenkins, comme je la comprends, consiste essentiellement en ce fait qu'il y a un brunissage unique de la matrice, qui est ensuite recouverte d'une matière minérale.

Ainsi la méthode de Jenkins a tous les inconvénients des vieux procédés à brunissage unique et il est impossible de croire qu'un revêtement minéral mou puisse s'opposer à la déformation qui doit se produire lorsque la porcelaine est coulée dans la matrice et aux contractions inégales du métal qui ont lieu nécessairement. Je puis avoir été malheureux, mais toutes les obturations que j'ai vu faire au moyen du procédé de Jenkins ont été gâtées par un éclat ou quelque autre accident qui empêchait la perfection du bord, perfection que ceux qui utilisent un second brunissage obtiennent avec une grande facilité.

*
* *

Lettre adressée au rédacteur en chef du *Dental Cosmos*.

Monsieur,

J'ai lu l'article de M. Head sur les obturations de porcelaine dans le numéro de février du *Dental Cosmos* et la discussion qui l'a suivi et quoique j'aie déjà travaillé à une série de communications illustrées au moyen desquelles j'essayerai de répandre dans le monde entier le travail de porcelaine, je suis amené par l'article et la discussion dont je viens de parler à écrire quelques mots en ce moment pour l'usage de ceux qui commencent à employer cette méthode artistique de restauration des dents.

La communication de M. Head est, à mon avis, la meilleure que nous ayons eue sur le sujet, et cette lettre a surtout pour but de faire connaître et bien mettre en lumière plusieurs procédés importants qu'il emploie.

Le premier point et le plus utile de tous dans ce travail est la préparation de la cavité, et de ce côté je n'ai pas encore vu conseiller de méthode absolument semblable à celle que j'emploie.

Je commençai à expérimenter les morceaux de porcelaine par la mise en pratique du procédé de Downie et je suivis, dans la suite, le même plan général dans la préparation des cavités, surtout dans les cavités interstitielles des incisives supérieures, que j'avais traitées depuis longtemps en les obturant avec de l'or. Dans la grande majorité des cas j'entaille largement le bord palatin.

Généralement ce bord est plus ou moins cassé et presque toujours très fragile. C'est pourquoi je le coupe franchement, en préservant la partie antérieure de la dent sur la plus grande étendue possible, et fais tout le travail en arrière ou sur le côté palatin de la dent. Par cette méthode il y a généralement si peu de gêne dans la cavité ainsi formée que l'empreinte d'or est facilement enlevée. Ayant adapté l'or et ajusté les bords, le petit creux d'or est replacé dans la cavité, et, *tandis qu'il est en position, presque complètement rempli avec de la pâte à haute fusion*, comme l'a décrit J. Bond Littig. J'ai employé ce procédé depuis plusieurs mois et il est vraiment surprenant de voir combien cela simplifie l'enlèvement de l'empreinte et en prévient les changements de forme. Cette pâte à haute fusion (j'emploie maintenant l'assortiment d'Ash et fils) est alors cuite dans le fourneau électrique après avoir été placée dans un revêtement minéral.

On met ce revêtement dans une petite coupelle de platine peu profonde et on le pose à l'ouverture du four. Au bout de deux minutes environ le revêtement est sec et, l'intérieur du fourneau étant alors au rouge sombre, on y introduit la coupe de platine et le revêtement, et la porte est fermée.

En cinq minutes exactement la porcelaine commence à fondre ; je l'enlève alors, la refroidis rapidement, la replace dans la cavité et très soigneusement je rebrunis les bords de l'or.

La porcelaine est ôtée de nouveau, on y ajoute de la pâte presque jusqu'au bord, on revêt et on cuit une seconde fois. Alors on additionne du corps *fusible à basse température* pour compléter le contour et donner à l'émail un beau vernis final. Cette dernière pâte demande seulement trois minutes pour fondre. En procédant de cette manière on peut obtenir sans difficulté le contour le plus parfait et, comme M. Head et M. Littig le disent, le travail terminé est beaucoup plus solide que celui qu'on pourrait obtenir avec une porcelaine à basse fusion.

Le fourneau électrique est tellement supérieur aux divers fourneaux à gaz que quiconque l'aura employé ne voudra plus employer ces derniers.

Ce dont on a besoin maintenant, et qu'il est possible d'obtenir, c'est une excellente série de six ou sept couleurs de poudres, fondant à de hautes températures, justement dans le pouvoir de fusion d'un petit fourneau électrique, et dix ou douze nuances de poudres fondant à des températures moins élevées pour donner le vernis ou émail final.

Ainsi que le fait remarquer M. Head, il faudrait une beaucoup plus grande proportion de poudre jaune clair et blanche que des autres, et finalement l'assortiment devrait être laissé à un prix raisonnable.

Les éléments que je demande, avec le peu d'instruments nécessaires et un petit fourneau électrique, pourraient être fournis au prix total de vingt-cinq ou trente dollars et laisser un beau profit au fabricant. Ce travail est maintenant défini et les fabricants ne devraient pas perdre de temps à nous donner les meilleurs matériaux possibles pour son exécution.

J. Léon Williams,
Londres.



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

PUBLICATIONS DIVERSES.

M. le Dr Respinger, de Bâle, a bien voulu nous adresser un certain nombre de ses travaux, notamment *Contribution à l'étude de l'usure dentaire, Cataphorèse et électrolyse en art dentaire, Contribution au chapitre des dents surnuméraires, Fibrome du maxillaire inférieur, Asphyxie à la suite d'une excitation du trijumeau et du nerf vague, Communication provisoire sur un nouvel appareil d'inhalation du chlorure d'éthyle;* les trois derniers ont été écrits en collaboration avec le Dr C. Ruegg.

Nous avons reçu également de M. le Dr Henri Fischer, chirurgien de l'hôpital de Vernon, un ouvrage de 118 pages intitulé : *Le froid est-il dans les maladies aiguës une cause pathogène aussi importante que les anciens médecins le croyaient ou aussi nulle que certains modernes le pensent ?*



NÉCROLOGIE

LE COMTE DE LABORDE

Nous apprenons la mort de M. le comte de Laborde, secrétaire perpétuel de l'Institut de France.

Il portait un vif intérêt à l'Ecole dentaire de Paris et c'est à son intervention qu'est due la signature du décret du 25 juillet 1895.

Nous adressons respectueusement à sa famille nos très sincères condoléances.



ANNULATION D'UN DIPLÔME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

L'Association des dentistes du Sud-Est avait adressé au Ministre de l'Intérieur une plainte contre un dentiste de Marseille condamné en juillet 1898 par le tribunal correctionnel de cette ville pour faux et usage d'un faux certificat (fausse patente), produit en vue de l'exemption du premier examen pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste.

L'affaire fut transmise au Ministre de l'instruction publique qui, sur l'avis du Conseil de l'Université de Paris, prononça, le 20 mars dernier, l'annulation des deux examens probatoires subis par le dentiste en question devant la Faculté de médecine de Paris, et, le 28 mars, l'annulation du diplôme de chirurgien-dentiste délivré à l'intéressé en octobre 1896.

A la suite de cette double annulation et sur les instructions du Ministre de l'intérieur, la Préfecture des Bouches-du-Rhône a rayé ce praticien de la liste des dentistes pouvant exercer dans ce département.

DERNIÈRE HEURE

Congrès odontologique espagnol.

Nous avons reçu de M. Ramon Pons, secrétaire du Congrès odontologique espagnol, l'invitation d'assister à ce congrès, qui aura lieu à Barcelone en septembre prochain, et d'y faire représenter L'*Odontologie.*

Notre honoré confrère ajoute dans sa lettre que, *malgré le caractère national de cette réunion, les dentistes étrangers qui voudront bien s'y rendre y seront volontiers admis ;* il prie nos confrères français de se considérer comme personnellement invités par cette publication.

Il nous informe également que des invitations spéciales ont été adressées aux Sociétés dentaires de Paris, de Lyon et de Bordeaux.

Nous acceptons avec plaisir l'offre aimable du Cercle odontologique espagnol, nous remercions M. Ramon Pons de sa communication et nous comptons bien être représentés au congrès de Barcelone.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros....................... **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

BON OPÉRATEUR, *diplômé de la Faculté*, connaissant bien l'aurification, dési-
1 rerait pour le mois d'octobre une place Paris ou Province. L. C. S'adresser à
M. Papot, 67, rue Saint-Lazare. (153-[1])

Un **CABINET DENTAIRE** situé dans le 1er arrondissement à céder, (pour rai-
2 son de famille) muni de tout le confort moderne et possédant une belle clientèle.
S'adresser sous pli cacheté initiales H. Z. Maison G. H. Cornelsen, fournisseur
pour dentistes, 16, rue Saint-Marc, Paris. (152-[1])

A CÉDER, conditions avantageuses, avec ou sans mobilier et instruments, le plus
ancien et le meilleur cabinet de très bonne ville de 20.000 habitants nombreux
3 et excellents environs, population de 200 mille habitants, 3 heures de chemin
de fer de Lyon. Vendeur resterait avec successeur quelques mois, clientèle riche
assurée, excellente affaire soit pour un Docteur en médecine, ou un patenté, ou
4 un diplômé. On mettrait au besoin un docteur au courant pendant une année.
Ecrire à M. Dudzinski, dentiste à façon, 12, rue Bertin-Poirée, Paris, qui don
nera indications. (150-151-[1])

RAISON DE SANTÉ. *A céder tout de suite*, cabinet fondé depuis cinquante ans, très
5 bien situé dans grande ville du Nord, affaires 15 à 18.000 fr. pas de frais. **Occa-
sion**. Ecrire D. L. L. aux soins de M. Papot, 67, Rue Saint-Lazare. (149-[1]).

CHIRURGIEN-DENTISTE, *diplômé d'Italie* demande place opérateur ou mécani-
6 cien, prix moderés. Ecrire à M. Priaron Jean, poste-restante, Bureau central,
Paris. (148-[1].)

Une personne possédant le diplôme de l'*Ecole Dentaire de Genève* cherche **PLACE
7 D'ASSISTANT**. Pour renseignements s'adresser Maison P.-A. Kœlliker et Cie,
58 *bis*, Chaussée-d Antin, Paris. (147-[2])

UN JEUNE HOMME sérieux, ayant travaillé pendant une année et demie
8 chez un dentiste et suivi pendant 3 semestres l'*Ecole Dentaire de Genève*,
cherche pour le mois d'août une place d'**assistant.** Ecrire aux initiales X. Y. 100,
aux soins de M. Ed. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (146-[2])

DANS VILLE DE 35,000 AMES, *station hivernale* (à cette époque, population
augmentée d'un 1/3), à vendre **Cabinet dentaire** en pleine prospérité. Résul-
9 tats obtenus : première année 20,000, deuxième année 26,000, et actuellement
30,000 francs.

Prix 40,000 fr. dont 25,000 fr. comptant ou 35,000 fr. sans mobilier ni accessoires.
10 Installation récente et de premier ordre. **Tour électrique**, etc., etc. Pour rensei-
gnements, s'adresser Maison P.-A. Kœlliker et Cie, 58 *bis*, rue de la Chaussée-
d'Antin, Paris. (144-145-[3])

UN JEUNE DOCTEUR désire prendre quelques **leçons de prothèse**. S'adresser
11 au Dr Thouvenin, à Bonnelles (Seine). 143-[3])

A CÉDER dans des conditions *particulièrement avantageuses* excellent cabinet
12 dans chef-lieu de département du *sud-ouest*. Pour tous renseignements s'adresser
à M. Wenger, 22, rue du 4 Septembre. (142-[3])

CABINET A CÉDER *tout de suite*. Affaires 10,000 francs. Superbe installation,
13 47 ans d'existence, prix 6,000 francs. Ecrire aux initiales A. X., aux soins de
M. Ed. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (141-[4])

TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons avec plaisir.

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

? N° 76. — 1° *Une extraction a été faite selon les règles de l'art; le patient a quitté le fauteuil après que l'écoulement sanguin a été jugulé; l'opération a été payée immédiatement à l'opérateur. Une hémorrhagie imprévue survient quelques heures plus tard. Le dentiste s'en rend maître plus ou moins facilement;*

2° *Le patient a averti préalablement qu'il est hémophile. L'opérateur s'est placé dans les conditions qu'il croit les meilleures. L'écoulement sanguin a été complètement arrêté par des injections d'eau à 60°. Des bains de bouche à la même température sont indiqués au patient, qui règle l'opération en quittant le cabinet. L'hémorrhagie survient: le dentiste l'arrête.*

Dans ces cas le dentiste est-il fondé à réclamer des honoraires pour sa seconde intervention ou peut-on lui opposer la raison que, celle-ci étant la conséquence directe, la suite incontestable de son opération, elle a été réglée en même temps que cette opération ?

En un mot, dans ces circonstances, le dentiste est-il assimilable au médecin dont toute consultation ou visite entraîne des honoraires, ou au chirurgien qui, ayant fixé ses honoraires pour une opération, subit en général les suites immédiates de cette opération ?

En dehors des opinions personnelles, existe-t-il un semblant de jurisprudence sur ce point? G. M.

☞ *Réponse.* — Une jurisprudence bien établie et constante soumet à l'appréciation souveraine des tribunaux l'évaluation des honoraires dus aux médecins, chirurgiens-dentistes et autres personnes auxquelles la loi confie l'art de guérir. Le pouvoir du juge dans la détermination du chiffre de l'indemnité due ne comporte aucun contrôle. Le Cour de Cassation repousserait un pourvoi basé uniquement sur la critique de cette quotité.

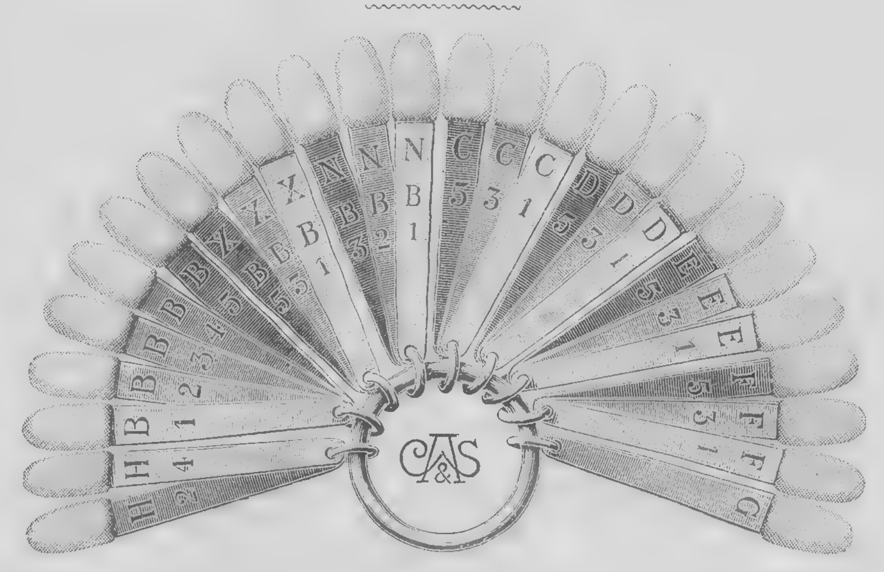
La fermeté de ces principes a pour conséquence de donner à toutes les décisions judiciaires rendues en la matière un caractère d'espèce où les questions de faits jouent le plus grand rôle. C'est sous ce point de vue qu'il faut traiter les deux questions qui nous sont posées.

Dans notre premier cas, ci-dessus transcrit, une personne sans autre déclaration ni explication vient demander à un chirurgien-dentiste de lui extraire une dent. Le patient ne porte aucun signe apparent d'une affection pouvant entraîner des conséquences quelconques. L'opération se fait régulièrement sans faute ni accidents professionnels. Les soins ordinaires sont donnés avec discernement. L'opéré paye la somme demandée et se retire. A ce moment le contrat verbal tel que l'entendaient les deux parties est entièrement exécuté. En effet, le client ne voulait subir pour le prix convenu qu'une opération simple : l'extraction d'une dent, et l'opérateur ne le comprenait pas autrement. Mais quelques heures plus tard, une hémorrhagie inopinée se déclare et force le malade à réclamer de nouveaux soins. Dans ces conditions le traitement à donner n'est certainement pas compris dans la somme payée pour prix du premier contrat, il y a aggravation des charges par la faute seule du tempéramment du patient. Pour ce premier cas, nous ne doutons pas que le juge, appelé à se prononcer, n'accorde au dentiste des honoraires pour les soins supplémentaires qu'il a été obligé de fournir.

Il n'en est pas de même pour le second cas. L'opérateur et le client ont traité la question des suites d'une hémorrhagie probable. Les prévisions du contrat tacite intervenu entre les parties se sont réalisées : nous estimons qu'à moins d'une modicité de prix vraiment manifeste le juge maintiendrait la consignation faite, comme rémunératoire et complètement libératoire. J. B.

En vente chez C. ASH et Fils

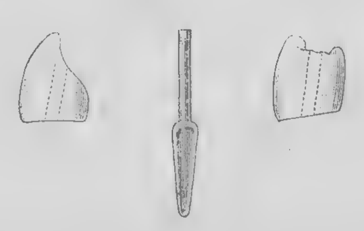
22, *rue du 4 Septembre*, **PARIS**



Nous avons l'honneur d'informer MM. les Dentistes que nous offrons ces **JEUX DE NUANCES** à *titre gracieux* à tous ceux qui en feront la demande. Il suffit de mentionner la lettre et le numéro de la plaquette pour obtenir aussi près que possible la nuance désirée.

Les dents de **ASH** sont trop bien connues pour en faire ici l'éloge. Ceux qui les emploient savent que l'homogénéité parfaite de leur texture permet de les meuler, tailler et polir à volonté.

COURONNES à tube de *C. ASH et Fils*



Ces couronnes ressemblent aux dents à tube avec cette différence : l'intérieur de la dent (côté de la racine) est évidée de manière à en faciliter l'ajustement, ce qui permet de les appliquer bien mieux qu'une dent à pivot fixe. Un pivot d'une forme spéciale (**dit de Mash**) sert à placer la couronne.

PRIX

Incisives, canines, petites ou grosses molaires, chaque........	**1** fr. **25**
Pivots Nash en alliage....................................	**1** fr. »
— — — platine..	**3** fr. **50**

BULLETIN

DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 14 mars 1899.

Présidence de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Billet, Bioux, d'Argent, Lemerle, Martinier, Meng, Papot, Roy, Sauvez, Stévenin, Touvet-Fanton, Viau, Weber.

M. Sauvez donne lecture du procès-verbal, qui est mis aux voix et adopté.

M. Godon annonce la cession du cabinet de M. Lecaudey à MM. Magub et Tireau, tous deux diplomés de l'Ecole. Il fait part du mariage du fils adoptif de M. Lecaudey avec Mlle Dubost. Des félicitations sont votées à M. Lecaudey, à son fils et à ses deux successeurs. Enfin il informe le Conseil que M. Lecaudey fait don au musée de l'Ecole de la boîte d'instruments de Préterre. Des remercîments sont adressés au donateur.

Il donne lecture de diverses lettres : 1° du Ministère de l'Agriculture relativement à la subvention de 30.000 fr. ; 2° de M. Loustalout, qui remercie de sa nomination de préparateur ; 3° de deux démonstrateurs donnant leur démission.

Il signale un article de M. Barberet sur l'Ecole dans la Revue des associations professionnelles.

Des remercîments sont votés à M. Barberet.

Il fait connaître qu'une instance est engagée à cause des jours de souffrance dans l'immeuble de l'Ecole.

Il lit une lettre de l'Association des dentistes de Belgique qui remercie du choix du conférencier qui lui a été envoyé — M. le Dr Roy — et de la conférence qu'il lui a faite.

Il lit également une demande d'admission de M. Carnot, de Matanzas (île de Cuba), qui est renvoyée au Conseil de famille.

M. Sauvez donne lecture de diverses lettres : 1° de M. Claser, exprimant des remercîments pour les témoignages de sympathie qu'il a reçus à l'occasion de la mort de sa femme ; 2° de M. Choquet, posant sa candidature pour le poste de professeur suppléant d'anatomie dentaire ; 3° de M. Faloy demandant un nouveau congé de trois mois.

Après un échange d'observations entre *MM. Martinier, Sauvez* et *Godon*, ce congé est accordé.

M. Sauvez lit une lettre par laquelle M. Gross pose sa candidature au poste de chef de clinique et demande une dispense d'age à cet effet.

A la suite de diverses remarques présentées par *MM. Roy, Sauvez, d'Argent. Lemerle, Stévenin, Papot,* et *Weber*, la dispense est accordée.

M. Sauvez communique une demande d'admission dans la société formée par M. Boerris, 20 rue Saint-Ferdinand, Paris. L'admission est prononcée.

M. Sauvez communique également une demande d'admission de M. Lejeune, de Berck-sur-mer. (Renvoyée au Conseil de famille).

Il rend compte de la correspondance échangée depuis la dernière séance, qui comprend 59 lettres.

M. Touvet-Fanton développe une proposition relative à l'examen des malades à la clinique et à des modifications à apporter au service de clinique.

Après observations de *MM. Godon* et *Martinier*, cette proposition est renvoyée à la commission d'enseignement, ainsi qu'une autre de M. Godon relative à l'examen des malades.

M. Roy donne des indications sur son voyage de Bruxelles et lit la lettre de remercîments que lui a adressée l'Association des dentistes de Belgique. Des remercîments lui sont votés par le Conseil.

M. Martinier annonce que M. Blocman s'est mis gracieusement à la disposition de l'Ecole pour continuer son cours d'anatomie dentaire jusqu'au prochain concours ; il fait connaître que les leçons de clinique médicale de M. de Gennes ont eu lieu et sont suivies très assidument par les élèves.

Il rend compte que des lettres-formules autographiées, du modèle approuvé, ont été envoyées à divers membres du corps enseignant au sujet de leur irrégularité dans le service.

Il lit une lettre par laquelle M. Hofzumahaus déclare ne pas pouvoir continuer à être démonstrateur journalier, et une lettre de M. Weber relative à l'admission des malades, lettre qui provoque des observations de *MM. Martinier*, *Lemerle* et *d'Argent*.

M. Papot annonce que l'examen de fin de 3e année aura lieu le 23 mars à 8 heures du soir.

Il donne lecture d'une demande formée par les élèves Perregaux et Schmid.

Après observations de *MM. Godon*, *Roy*, *Stévenin* et *Sauvez* la proposition de la Commission scolaire au sujet de cette demande est adoptée.

Il est procédé à la nomination des jurys de divers concours par voie de tirage au sort :

1° Chefs de clinique.

MM. Touchard, Loup et d'Argent ; délégué du Conseil : M. Roy.

2° Professeurs suppléants de clinique de prothèse.

MM. Martinier, Blocman, Lemerle ; suppléant : M. Viau ; délégué du Conseil : M. Papot.

3° Professeurs suppléants d'anatomie dentaire.

MM. Sauvez, Grimbert, Pinet ; suppléant : M. Frey ; délégué du Conseil : M. Bioux.

La commission d'enseignement est chargée d'élaborer le programme du second de ces concours et le Secrétaire général d'envoyer au journal les règlements à publier.

M. Lemerle communique une pétition d'élèves relative aux travaux pratiques de prothèse.

Il est décidé qu'un droit de 50 fr. sera payé à partir de la prochaine rentrée par élève et par année à titre de provision pour ces travaux. La pétition est renvoyée pour le reste à la Commission scolaire.

Une proposition de M. Bonnard relative à la réception des malades, parvenue en séance (à 11 heures) au secrétaire général, est renvoyée à la Commission d'enseignement.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire général.
Dr SAUVEZ.

Séance du 18 *avril* 1899.

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

Sont présents : MM. Bioux, d'Argent, Lemerle, Loup, Martinier, Maire,

Meng, de Marion, Papot, Richard-Chauvin, Roy, Sauvez, Stévenin, Touvet-Fanton, Viau.

M. Sauvez donne lecture du procès-verbal, qui est mis aux voix et adopté sans observation.

M. Godon communique une demande d'admission dans la Société formée par M. Détroyat, D. E. D. P. — M. Détroyat est admis.

Il annonce le décès de M. Lebars, de Lyon, membre de la Société. — Des regrets sont exprimés à la famille de défunt.

Il communique un avis d'admission de l'Ecole dans la classe III, groupe I de l'Exposition de 1900.

Il dépose un rapport de M. Labro sur la répartition des crédits pour constructions.

Il lit une lettre de M. de Marion annonçant qu'il reprend son service, et une lettre de remercîments du Dr Lecomte.

Il annonce que, sur l'invitation de M. Cunningham, le Ministre de l'intérieur anglais a adressé à l'Ecole les trois rapports publiés sur la nécrose phosphorée, dont l'un est dû à M. Cunningham. — Des remercîments sont votés à ce dernier.

Il lit une lettre de M. Hofzumahaus déclarant qu'il ne peut continuer à être démonstrateur journalier malgré l'insistance du Conseil.

Il fait part du mariage du Dr Friteau. — Des félicitations sont adressées à ce dernier.

Il donne lecture de la réponse du Président de la République aux félicitations qui lui ont été adressées.

Il annonce que l'Assistance publique exige à présent des docteurs en médecine le diplôme de chirurgien-dentiste pour les nommer dentistes des hôpitaux.

Il lit une lettre apprenant que la profession de dentiste est maintenant soumise à une réglementation en Tunisie. Il ajoute que le droit des chirurgiens-dentistes a été méconnu par cette réglementation qui leur refuse l'anesthésie générale et estime que l'Association générale devrait se saisir de la question.

Il signale les inconvénients résultant de la lettre de l'Inspecteur d'Académie relative aux professeurs étrangers.

Il donne lecture d'une lettre de M. Prevel, qui, par suite d'une maladie de Mme Prével, se démet provisoirement de ses fonctions d'économe.

Un congé de trois mois est accordé à M. Prével et le Conseil lui exprime sa sympathie dans l'épreuve pénible qu'il traverse.

Il lit une lettre de M. Julien demandant un crédit de 150 francs pour acquisition de dessins. — Accordé.

M. le Secrétaire général lit : 1° une lettre de remercîments de M. Charpentier ; 2° une lettre de MM. Touvet-Fanton et Weber annonçant qu'ils ont obtenu le retrait de la démission de M. D... ; 3° une lettre de l'élève L... demandant le remboursement de ses droits de scolarité en raison d'une maladie ; 4° une lettre, faisant la même demande en ce qui concerne l'élève Z..., décédé.

M. Godon lit une lettre par laquelle M. Villain demande à prendre ses inscriptions (Ce jeune homme est autorisé à suivre les cours en attendant la décision ministérielle) ; 2° une lettre de M. C... qui demande à être dispensé du payement de sa dernière inscription (renvoyée au trésorier pour solution) ; 3° une lettre de M. de Marion qui déclare pouvoir reprendre ses fonctions de bibliothécaire-archiviste.

Il ajoute que le Bureau a demandé à M. Bonnard où il en était de la préparation du catalogue et que M. Bonnard va être entendu par le Conseil pour lui donner des renseignements sur ce point.

M. Bonnard est introduit. Après lecture par *M. Sauvez* de la correspondance échangée avec le Secrétaire général à l'égard de ses anciennes fonctions de

bibliothécaire, M. Bonnard fournit divers renseignements et répond aux questions qui lui sont posées par *MM. Godon* et *d'Argent*.

A la suite d'une discussion entre *MM. Martinier*, *de Marion*, *Godon*, *Roy*, *Lemerle*, *Papot* et *d'Argent*, la Commission des archives et de la bibliothèque est chargée d'examiner les propositions de M. Bonnard et de décider la publication du catalogue, si celle-ci ne dépasse pas 300 francs ; dans le cas contraire le Conseil statuera.

M. Roy rend compte du concours pour deux postes de chefs de clinique.

Sur la proposition du jury, MM. Maire et Gross sont nommés à ces postes et, sur celle de *M. Martinier*, leurs jours de service sont respectivement fixés au lundi et au mardi.

Le vœu suivant, émis par le jury, est renvoyé à la Commission d'enseignement après observations de *MM. Papot* et *Martinier* : « A l'avenir, il sera pratiqué au moins deux opérations par chaque candidat, une seule paraissant insuffisante pour juger de la valeur d'un candidat et présentant un certain aléa pour ce dernier. »

M. Sauvez lit une lettre par laquelle M. Löwenthal donne sa démission de chef des travaux pratiques de prothèse. (Acceptée).

Il est décidé qu'un concours aura lieu dans trois mois pour la nomination d'un titulaire de ce poste. Le bureau et le Directeur-adjoint sont chargés de pourvoir au remplacement provisoire du démissionnaire.

M. Stévenin fait connaître qu'un certain N... n'a jamais été poursuivi pour usurpation du titre de D. E. D. P., malgré une décision du Conseil ; qu'un dentiste de Nancy, objet d'une plainte, a cessé de prendre ce titre ; que M. G... prendrait seulement celui de diplômé de l'Ecole dentaire pratique.

Il fournit des renseignements sur M. Boerris, déjà admis ; sur MM. Carnot, de Matanzas (Cuba), et Lejeune, 11 avenue de la Gare, Berck-sur-Mer, qui sont admis dans la Société.

M. Godon fait connaître que la Commission d'organisation du Congrès de 1900 a été nommée par le Ministre du commerce et s'est réunie le 12 avril. Il fait connaître également que l'Ecole dentaire de Lyon a loué son local et commence son installation.

M. Martinier lit une lettre par laquelle M. Ronnet jeune demande à être nommé démonstrateur (Renvoyée à la Commission d'enseignement).

Il lit également le rapport de la Commission d'enseignement dû à M. Roy.

Le programme du concours de chefs de clinique est adopté.

La proposition de M. Godon, relative à l'admission des malades, dont *M. Lemerle* donne lecture, est adoptée après observations de *MM. Lemerle*, *Godon* et *Papot*.

M. Lemerle rend compte de la situation des démonstrateurs.

La Commission d'enseignement est chargée d'élaborer le règlement des aides de clinique et de dresser, au mois de juin, la liste des démonstrateurs pour 1899-1900.

Les conclusions de la Commission sont adoptées en ce qui concerne la non-réinvestiture pour le moment de M. Touvet-Fanton, après déclaration verbale de celui-ci.

M. Lemerle communique une demande de congé formée par M. Liskenne. — Un congé d'un mois est accordé.

M. Papot rend compte des examens de fin de 3e année et propose l'admission au diplôme de l'Ecole de MM. Goukovski, de La Loge et Finnis (Admis).

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire général,
Dr SAUVEZ.

19e ANNÉE. N° 12 30 JUIN 1899 IIe SÉRIE. VOL. VIII.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

BULLETIN

LE Dr CLAUDE MARTIN ET L'ENSEIGNEMENT OFFICIEL

(Suite).

V

Je suis profondément surpris de voir le Dr Martin mener une campagne aussi vigoureuse en faveur de l'enseignement officiel, avec la pensée de changer entièrement le mode de recrutement du corps professionnel.

Que les représentants de l'Etat entendent compléter l'œuvre de réglementation qui ne les satisfait qu'à moitié, qu'ils préparent en vue de l'avenir le régime du doctorat pour les dentistes, c'est logique. Ils ont profondément troublé l'enseignement professionnel avec la loi de 1892, mais ce n'est qu'un demi-résultat. Les écoles pourront sans doute, avec le temps, s'accommoder des difficultés créées par le nouveau régime et trouver le moyen de réaliser les réformes qui ont été si près d'aboutir ; il est donc rationnel de penser que le dernier pas n'est pas fait dans la voie rétrograde. En effet, individuellement ou collectivement nos actes sont toujours en harmonie avec notre constitution psychique et nous n'attendons pas de l'État autre chose que ce qu'il peut donner. Mais qu'un homme qui a commencé

par être mécanicien, qui s'est élevé par son seul travail à la situation qu'il occupe, combatte avec les ennemis de l'initiative privée, se constitue le champion des partisans du monopole de l'enseignement, cela est inexplicable. Il faut voir dans ce fait anormal un reste d'atavisme national, qui fait que nous n'avons encore pris l'habitude de nous passer de l'intervention de l'Etat.

Quoi qu'il en soit, notre confrère est en désaccord évident avec lui-même en reconnaissant d'une part que les médecins qui tournent leurs vues vers l'art dentaire doivent s'initier complètement à leur nouvelle profession, ce qui revient à dire que leurs travaux antérieurs ne les ont pas préparés à cette initiation, d'autre part en concluant à l'indispensabilité du grade médical pour les dentistes de l'avenir. Croit-il donc qu'il y ait des relations tellement intimes entre la médecine et l'art dentaire que la nécessité de ce grade soit surabondamment démontrée ? Si telle est sa pensée, je voudrais une fois pour toutes que la chose fût prouvée, non par des affirmations qui ne sauraient plus nous satisfaire, si catégoriques soient-elles, mais par des raisons probantes, bien enchaînées, véritablement professionnelles, s'appuyant sur des faits précis. Que l'on nous mette enfin en présence d'arguments que nous puissions discuter. Le docteur Martin paraît mieux qualifié que quiconque pour nous fournir ces preuves : il a conquis ses grades en médecine alors qu'il était dentiste depuis nombre d'années ; il doit lui être facile de nous indiquer d'une façon précise ce qu'il a gagné professionnellement à faire ses études médicales.

Nous nous trouvons entraîné plus tôt que nous ne l'aurions voulu à examiner, en attendant les preuves que nous sollicitons, les conséquences de l'entrée sur la scène professionnelle de l'élément médical; nous allons essayer de serrer la question d'aussi près qu'il est possible.

Les études médicales, non appliquées, sont elles indispensables ou seulement utiles pour former de bons praticiens ? Ou bien au contraire vont-elles déjà et iront-elles de plus en plus dans l'avenir à l'encontre de cette solution ?

Deux raisons peuvent être invoquées en faveur de l'enseignement médical complet pour le dentiste : des raisons de sentiment et des raisons d'intérêt. Le doctorat élèverait la profession dans la hiérarchie sociale; voilà pour la raison de sentiment. Il possède actuellement auprès du public français, au point de vue clientèle, un prestige indéniable qu'il doit sans doute à l'investiture officielle ; voilà pour la raison d'intérêt. En existe-t-il d'autres ? Je voudrais les connaître. En tout cas celles-ci me paraissent notoirement insuffisantes.

Si nous ne savions pertinemment que les hommes qui ont sans succès poursuivi le résultat auquel s'attelle notre confrère lyonnais l'ont fait avec la plus entière bonne foi, croyant servir l'intérêt supérieur de la profession et la dignité de ses membres, nous pourrions croire qu'ils n'avaient en vue qu'un intérêt de caste tout aussi haïssable que l'intérêt personnel.

Déclarer qu'il est indispensable au bien de la société que le dentiste soit médecin revient à dire que seuls les médecins-dentistes sont des techniciens compétents. C'est peut-être manquer un peu de mesure quand on est aussi directement intéressé dans la question. Cette situation constitue au moins une forte présomption de partialité qui doit induire les gens de bon sens à n'accepter de semblables affirmations que sous bénéfice d'inventaire.

Pour conclure en faveur de la négative en réponse à la première question que nous posons, il nous suffira de remettre en lumière notre situation professionnelle avant 1880. Nous demandons pardon à nos lecteurs d'être obligé de nous répéter.

Du côté de l'élément professionnel français, composé

de médecins et de mécaniciens, nous avons constaté avec notre honorable contradicteur qu'aucun progrès saillant n'avait été réalisé, que sur notre propre terrain les praticiens étrangers avaient réussi à drainer la clientèle, qui va toujours où son intérêt la pousse. Malgré tout le prestige que possède dans notre pays la consécration officielle, nous avons vu nos nationaux impuissants à tenir en respect l'invasion étrangère. Le public affluait dans les cabinets américains, où il jouissait des bénéfices d'une technique absolument inconnue chez nous. Le traitement rationnel des dents cariées, leur restauration et leur conservation au moyen de méthodes judicieuses d'obturation, de l'aurification en particulier, voilà ce dont, grâce à leurs sociétés professionnelles, à l'instruction puisée dans leurs écoles, ces praticiens faisaient bénéficier leur clientèle française. Il faut ajouter qu'ils gardaient avec un soin jaloux le secret de leurs procédés. Etaient-ils donc docteurs en médecine pour avoir atteint dans l'art dentaire à un degré de perfection qui leur permettait d'exécuter dans la pratique courante et non comme exercices d'école des opérations d'une grande difficulté ? Nullement. Leurs collèges leur confèrent en fin d'études le diplôme de « Docteur en chirurgie dentaire ». Aux Etats-Unis le mot de docteur n'a pas été détourné de sa signification générale et ne qualifie pas comme en France à peu près exclusivement les médecins ; néanmoins il n'y a aucune corrélation entre le docteur en chirurgie dentaire D. D. S. et le docteur en médecine.

Depuis 1880 l'enseignement professionnel inauguré par nos sociétés marche de pair avec celui des collèges américains. Nos diplômés, qui ont relevé en France le prestige des dentistes nationaux, ont en même temps obligé l'invasion étrangère à marquer le pas. Ils ont fait mieux encore, puisqu'on les trouve à l'étranger imposant l'excellence de l'enseignement de nos écoles

françaises. Sont-ils docteurs en médecine ? Pas plus que leurs confrères américains. Ils n'en accomplissent pas moins avantageusement pour le public la mission sociale que leur impose leur profession. C'est la preuve par le fait. Nous sommes donc bien fondé à conclure que la connaissance de la médecine générale n'est ni indispensable ni même utile pour former de bons dentistes.

Du reste, cette vérité fait son chemin toute seule. Nous voyons en effet, marque des temps nouveaux, se produire une sorte d'appel à la conciliation, signé d'un des hommes les plus considérables parmi les docteurs en médecine, adressé à tous les techniciens instruits et dévoués à leur art sans distinction d'origine.

N'est-ce pas une preuve que les intransigeants de la première heure, trop intelligents pour se cantonner de parti pris dans une opinion exclusive qui a fait son temps, admettent enfin qu'à côté d'eux peuvent se rencontrer des praticiens de valeur non issus de la famille médicale ? Combien nous regrettons que les divergences de la première heure aient empêché l'union complète de tous les nationaux de se réaliser sur le terrain exclusivement professionnel !

VI

Il semblera peut-être paradoxal à nos lecteurs que nous ayons la prétention de prouver que les études médicales vont absolument à l'encontre du but que se proposent ceux qui veulent rendre le doctorat obligatoire, car nous admettons que leur but, comme le nôtre, est d'arriver à donner au dentiste le maximum d'instruction professionnelle, de lui faire rendre son maximum d'effets utiles au point de vue social. C'est cependant ce que nous allons essayer de faire, parce que c'est là notre opinion absolument réfléchie.

Au point de vue social, l'homme ne vaut que par

les services qu'il rend à la collectivité; quelle que soit la profession qu'il embrasse, son devoir strict consiste à s'y adonner entièrement afin de faire bénéficier le public d'une somme de connaissances techniques aussi étendues qu'il est possible. Il trouve la récompense de ses efforts plus encore dans la satisfaction du devoir accompli et dans la considération qui en découle que dans la juste rémunération des services rendus. Ce devoir est encore plus impérieux si la nature de ses travaux journaliers peut avoir un retentissement quelconque sur la santé publique. Il est donc tenu, pour remplir les obligations qu'il s'est créées, de travailler constamment à augmenter son bagage professionnel dans la mesure de ses forces. Cela ne veut pas dire qu'il n'ait pas le droit de distraire son esprit et d'augmenter sa culture intellectuelle dans ses moments de loisir. Bien au contraire, le repos mental lui est indispensable; il lui permet d'y puiser les forces dont il a besoin pour l'accomplissement d'une tâche parfois ardue. Toutefois ses moments de repos ne doivent pas être absorbés par des occupations parallèles, quoique différentes, susceptibles de fatiguer son cerveau et de le détourner de la voie qu'il a choisie. A fortiori il est évident qu'elles ne devront pas empiéter sur le temps qui appartient en entier à ses devoirs professionnels.

Il existe peut-être des professions dans lesquelles le bagage connu et les progrès possibles à réaliser manquent de l'ampleur nécessaire pour accaparer entièrement l'activité d'un homme. Rien de plus légitime en ce cas que de chercher à étendre en dehors le cercle de ses connaissances. En ce qui nous intéresse, il est à peine besoin de dire que tel n'est pas le cas. Ce n'est qu'après dix ou quinze années d'un labeur assidu qu'on peut avoir le droit de prétendre à la maîtrise en art dentaire, à la condition toutefois d'avoir fait de solides études techniques au début de sa carrière.

De plus, il est indispensable de travailler toujours

avec la même perfection pour se conserver au degré d'entraînement que nécessite la solution des difficiles problèmes que la pratique nous pose à chaque moment.

Si la médecine ne peut initier en aucune façon à la pratique de l'art dentaire, n'est-ce pas perdre un temps précieux que d'y consacrer cinq années qui pourraient être employées si utilement à s'instruire et à se perfectionner dans la technique professionnelle?

Admettons un instant, pour nous placer sur le terrain de notre confrère, que trois ou quatre années d'études dentaires, après les études médicales, soient suffisantes pour former des praticiens aptes à résoudre toutes les difficultés qu'ils sont appelés à rencontrer ; mieux encore, qu'ils auront acquis une expérience assez complète de leur profession pour pouvoir apporter à leur tour leur part de progrès à la masse commune. Le Dr Martin nous accordera bien que ce minimum de temps devra être irréductiblement acquis aux études scientifiques et aux exercices pratiques spéciaux. Comment arrangera-t-il sa combinaison des études médicales et dentaires ? Veut-il dire que les cinq ans qu'exigent généralement les premières laissent une marge suffisante pour en distraire les quatre cinquièmes en faveur des secondes ? Cela n'est pas soutenable. Pense-t-il que les jeunes docteurs dentistes devraient être plus spécialement dirigés vers la technique dentaire, que leurs études médicales seraient alors essentiellement accessoires et, dans ce cas, leur délivrerait-on le diplôme de docteur, parce qu'il serait acquis qu'ils ne pratiqueraient jamais l'art médical ? Mais alors ce serait un diplôme spécial de docteur dentiste qu'on leur accorderait en réalité ; c'est ce qui existe en Amérique, c'est même ce qui existe chez nous exception faite pour l'officialité, le titre et la valeur des études secondaires. Dans ce cas nous ne voyons pas bien ce que cette complaisance donnerait de résultats heureux au point de vue de l'intérêt public.

Nous ne saurions trop le répéter : les études médicales et dentaires s'excluent à l'époque actuelle ; leur champ réciproque est trop vaste pour qu'elles puissent se combiner utilement. Certes, nous savons qu'il existe des hommes doués d'une puissance de travail exceptionnelle, qui ont fait leurs études médicales complètes, qui ont même été de brillants internes et qui n'en sont pas moins des praticiens de haute valeur ; d'autres, après avoir commencé par être de simples dentistes, ont conquis leurs grades en médecine, voulant sans doute prouver que rien n'est impossible aux hommes supérieurement doués. En revanche, il nous a été donné de voir de près des docteurs exerçant l'art dentaire qui ne seront jamais que des praticiens médiocres, pour ne pas dire nuls. Ces derniers, profondément inconnus sont évidemment la monnaie courante. Il ne me paraît pas possible de tabler sur des exceptions.

Avec l'organisation actuelle de nos écoles, il est encore possible de former des dentistes, possédant leur doctorat, ayant une valeur égale à celle de leurs camarades d'études qui fournissent leur scolarité complète ; demain il ne sera plus temps avec le minimum de temps qui leur est demandé. L'enseignement, arrêté dans ses progrès, marque le pas ; les élèves ont à peine le temps de s'initier aux connaissances générales de la technique opératoire et prothétique, leurs occupations en dehors sont trop multiples, elles ne leur permettent pas d'acquérir une habileté suffisante pour transporter en clientèle les méthodes qui leur ont été enseignées avec quelques chances de vivre de leur pratique. Cependant ces méthodes existent, elles sont applicables couramment et le public a le droit d'en bénéficier.

Une réforme s'impose dans l'enseignement : ici nous sommes d'accord avec le docteur Martin ; où nous cessons de nous entendre, c'est sur la manière de la réaliser. Avec ou même sans les exigences du diplôme officiel nous pensons qu'il sera nécessaire de porter le

temps d'études pour les dentistes de l'avenir à quatre, puis à cinq années. Il sera possible alors de donner aux travaux pratiques une importance telle que ces travaux, exceptionnellement difficiles, cesseront d'être des exercices d'école et puissent être transportés couramment dans la clientèle.

Les praticiens instruits d'après ces données, exerçant méthodiquement, obtenant des résultats pour ainsi dire mathématiques, seront aptes à rendre sous forme de progrès au fonds commun une partie de ce qu'ils en auront tiré en instruction professionnelle. Comment cette réforme pourra-t-elle se réaliser? C'est un sujet que nous aborderons peut-être quelque jour. Mais la solution du problème doit être l'œuvre de tous; lorsqu'il se posera plus impérieusement encore qu'aujourd'hui, nous serons heureux de voir les dentistes vieillis sous le harnais contribuer à l'élucider grâce à leur expérience. Nous faisons des vœux pour que le Dr Martin, comprenant enfin les véritables intérêts de la profession qu'il aime, soit notre allié dans cette besogne.

Pour terminer, je veux condenser en deux mots les idées que je viens d'exprimer peut-être bien longuement :

Une profession aussi difficile que la nôtre est exclusive, elle demande à l'individu toute la somme de travail utile qu'il est susceptible de donner.

Tout le temps employé en dehors d'elle à une occupation intellectuelle fatigante est du temps qu'on lui soustrait, qu'on soustrait au public.

Elle n'a pas atteint son maximum de perfection. Quels que soient le savoir, l'habileté et l'expérience des praticiens qu'on est convenu d'appeler des maîtres, aucun parmi ceux-là n'a le droit de dire qu'il n'a plus rien à apprendre.

Les médecins qui se décident, à embrasser notre carrière pourront toujours avec beaucoup de travail,

de persévérance et de bonne volonté, faire d'excellents et utiles praticiens.

Pourtant, à moins de dons exceptionnels, il sera toujours possible de dire d'un bon praticien docteur en médecine, qu'il serait meilleur encore s'il avait consacré tout son temps à sa profession.

Un mot encore au Dr Martin. Comme lui, je ne crois pas qu'il soit nécessaire de multiplier les écoles. Contrairement à lui, je pense qu'il faut lutter contre l'établissement de l'enseignement officiel.

Peut-être les dentistes lyonnais ont-ils redouté la création d'une École d'Etat à Lyon. S'il en était ainsi, je ne me sentirais pas le courage de blâmer leur initiative. Un blâme, du reste, serait étrange de la part d'un ardent partisan de l'initiative privée. Dans l'hypothèse précitée, je me sentirais plutôt porté à renouveler ma souscription, si cela devenait nécessaire.

L. Richard-Chauvin.





SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 2 mai 1899.

Présidence de M. LEMERLE, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/2

I. — DE L'ÉRUPTION DES DENTS TEMPORAIRES, PAR M. LE Dr BESSON.

M. le Dr Besson donne lecture d'une communication sur ce sujet. (V. nos des 30 mai et 15 juin 1899).

DISCUSSION

M. le Dr Frey. — Je suis heureux de pouvoir dire que je suis reconnaissant à M. Besson de son excellent travail, aussi parfait dans le fond que dans la forme, car M. Besson n'est pas seulement docteur en médecine, il est aussi licencié ès-lettres. Ce travail constitue la mise au point d'une question dans laquelle il fallait exposer une théorie de juste milieu. M. Besson a montré la période prodromique des accidents de dentition, lorsque les manifestations en sont vagues ; il a insisté aussi sur les accidents réflexes du côté des voies respiratoires et digestives, ainsi que sur les relations existant entre les accidents de dentition et la croissance, entre ces accidents et les troubles de l'organisme. Encore une fois je le félicite de son étude.

M. Mendel Joseph. — Vous avez dit que l'éruption de la dent est préparée par la fonte des débris épithéliaux, par une transformation des cellules épithéliales. Cette transformation ne serait-elle pas le résultat de la progression et de la compression de la couronne, qui constitueraient en quelque sorte un travail préliminaire ? M. Malassez, s'appuyant sur ce fait que cette liquéfaction se produit au niveau des couronnes, en a tiré une conclusion. Ne serait-il pas plus raisonnable de conclure autrement ?

M. le Dr Besson. — L'idée de M. Mendel Joseph me paraît en effet admissible ; il est possible que la compression de la couronne soit la cause de la fonte des débris épithéliaux. Cependant je rappelle que M. Malassez se fonde sur l'évolution de l'éruption tout entière pour l'assimiler à l'excrétion d'une glande. *L'organe adamantin* en effet,

production épithéliale, peut être justement comparé à un *glande*. Le *gubernaculum dentis* avec son *tissu fibreux* et ses *débris épithéliaux* représente bien un *canal excréteur*, surtout alors que ces débris forment une série de *kystes* à mesure que la dent progresse. Enfin la dent peut être justement assimilée, au moins pour la partie correspondant à l'organe adamantin, à un produit épithélial excrété par une glande. Au reste, la théorie de M. Malassez n'est pour lui qu'une hypothèse fort plausible et basée sur des ressemblances aux points de vue histologique et anatomique.

M. Richard-Chauvin. — J'ai reçu il y a peu de jours seulement la thèse de M. Besson, de sorte que je n'ai pu en lire qu'une partie, environ la moitié, et que je ne viens pas ici préparé comme il le faudrait pour une discussion approfondie. Je ferai observer cependant qu'en établissant une relation de cause à effet et en faisant dépendre les accidents de dentition de la nutrition on renverse peut-être les rôles.

Je me souviens d'avoir lu, il y a quelques années, une relation d'un médecin allemand, publiée dans un journal de médecine, qui avait examiné 500 enfants et qui avait constaté de la suralimentation au moment des accidents de dentition ; cette suralimentation étant écartée, ces accidents disparaissaient. Pour cet auteur tous ces accidents étaient des troubles gastriques dus à une alimentation mal comprise.

M. le Dr Besson. — C'est en effet le trouble de la nutrition qui est la lésion primitive et je n'ai jamais voulu soutenir autre chose. Certes on ne peut pas dire que l'éruption douloureuse d'une dent peut créer de toutes pièces une diarrhée infectieuse par exemple ; cependant on peut constater qu'au moment de cette éruption il y a recrudescence de la diarrhée préexistante. Le travail d'éruption est donc dans ce cas une cause secondaire de troubles organiques. Voilà ce que nous avons essayé de montrer et ce que beaucoup nient encore.

M. Richard-Chauvin. — N'y a-t-il pas seulement contemporanéité dans ces troubles ? Les accidents redoublent par exemple au moment du sevrage.

M. le Dr Besson. — A l'époque du sevrage, en effet, c'est-à-dire entre 16 et 20 mois, les accidents se remarquent fréquemment pour l'éruption des canines et des molaires de lait. Mais c'est précisément le changement de nourriture qui est la cause des perturbations apportées dans la nutrition. Et ces troubles sont la cause initiale des accidents qui surviendront du côté du système dentaire. Dès lors on conçoit fort bien que les accidents locaux de dentition puissent amener des accidents généraux réflexes dans un organisme ainsi troublé.

M. Richard-Chauvin. — Il faudrait distinguer entre les accidents nerveux et les accidents infectieux ; ceux-ci ne peuvent pas exister

sans qu'il y ait une trace sur la muqueuse. Admettons les accidents nerveux ; mais je ne vois pas comment il pourrait se produire de la congestion pulmonaire par exemple.

M. le Dr Besson. — Tout traumatisme prolongé peut amener des accidents réflexes chez un enfant. Une piqûre d'épingle profonde a pu, selon Trousseau, amener des crises d'éclampsie. Ces accidents réflexes séviront sur tel ou tel appareil organique selon les prédispositions léguées ou acquises.

M. Richard-Chauvin. — Les accidents dus à la dentition sont assez rares et peuvent être prévus ; ceux qui sont infectieux débutent par une inflammation locale.

M. le Dr Besson. — La question des accidents réflexes n'est pas encore résolue; mais il y a au moins autant de raisons pour y croire que pour les nier. Quant à l'existence de la *douleur*, source de ces accidents, la seule façon de la prouver chez un enfant, est de s'adresser aux signes extérieurs : mâchonnement, hypersécrétion salivaire, rougeur des gencives, cris, pleurs, insomnies, rages de dents. Ces signes nous semblent suffisants en l'absence des signes subjectifs.

M. Loup. — La douleur chez un enfant peut être prouvée autrement que par la question à laquelle il ne peut répondre : Souffrez-vous ? C'est de le calmer.

Point n'est besoin qu'un animal, un chien par exemple, nous dise qu'il souffre pour reconnaître chez lui le symptôme douleur. Il y a dans sa physionomie, dans son état général, des signes manifestes de son état pathologique, des souffrances qu'il endure. Et si nous le soignons, dans ses yeux, dans toute sa face nous trouverons une expression de reconnaissance, signe indiscutable que nous calmons ses douleurs.

Il en est de même chez l'enfant, et lorsque je vous aurai dit que plusieurs fois j'en ai vu après avoir subi le traitement à la teinture d'iode venir, à de nouvelles crises, présenter d'eux-mêmes leur bouche, j'aurai prouvé d'une façon péremptoire la douleur de dentition.

M. le Dr Besson. — J'ai vu des enfants manifestement soulagés par l'application de la teinture d'iode, et cela bien avant la période ultime de l'éruption.

M. Loup. — Depuis qu'en 1895 j'ai présenté à la Société d'Odontologie de Paris et au Congrès Dentaire de Bordeaux mes nouvelles théories sur l'éruption des dents de lait et le traitement iodé, je n'ai pas cessé de m'occuper de cette intéressante question. Je ne nie pas que le prurit gingival existe, mais il existe seulement dans un très petit nombre de cas et je suis de plus en plus confirmé dans cette idée que l'enfant souffre réellement, que nous avons affaire à une douleur profonde, douleur causée par la formation et l'évolution de l'organe dentaire et susceptible de donner lieu à des accidents généraux plus

ou moins intenses, que le prurit gingival seul est incapable de déterminer.

En outre, comme le Dr Besson l'a fait ressortir aussi, j'ai remarqué d'une façon presque constante que la douleur de dentition se manifeste trois mois avant l'apparition de l'organe dentaire à l'extérieur. Ceci est important, c'est un point qui n'a pas fait défaut depuis que je l'ai signalé. Enfin chaque fois que nous avons employé la teinture d'iode fraîche, bien titrée, les résultats ont été tels que chez un enfant chez lequel nous reconnaissions les signes de douleurs de dentition, cris, pleurs, agacement, abondance salivaire, mâchonnement des doigts, tous ces signes disparaissaient au bout de cinq minutes pour laisser place aux jeux; n'est-ce pas une preuve bien nette qu'il y avait de la douleur?

M. Richard-Chauvin. — Ainsi que je le disais tout à l'heure, le travail qui m'a le plus frappé, c'est celui de ce médecin allemand qui portait comme diagnostic *accidents de dentition* et qui a vu tous les enfants guérir sous l'influence d'un traitement approprié à la gastro-entérite.

M. le Dr Besson. — Chez un enfant aucun trouble organique n'est négligeable, et si minime qu'on veuille faire la part des accidents de dentition, il est juste d'en tenir compte. Beaucoup les nient avec un parti-pris évident. On est encore à ce sujet sous l'influence des idées de Magitot, qu'on croit définitives; on ne cherche pas si ces idées offrent un point faible à la critique.

M. Loup. — La douleur locale qu'éprouve l'enfant au moment de sa dentition n'est pas niable et n'est pas contestée aujourd'hui. Je vais plus loin: on ne pourrait, sans nier l'évidence, nier les accidents généraux. En dehors des rapports anatomiques qu'il y a entre l'organe de la dent et le reste de l'individu, nerveux ou vasculaires, rapports qui pourront donner lieu à des accidents réflexes, mais presque directs, il en existe dans un autre ordre d'idées dont la cause non douteuse est également la dent.

Admettons un enfant qui fait des dents: il souffre localement, il est grognon, ne dort pas bien et ne prend pas de lait non plus; on ne lui calme pas cet état local.

Nous savons, et je l'ai signalé, que les dents évoluent par poussées, période de 3, 4 ou 5 jours, puis repos, etc. Or le premier jour l'enfant souffre, le deuxième aussi, d'où il suit des nuits sans sommeil. Vous m'accorderez bien qu'au bout de trois ou quatre jours de ce régime-là l'enfant doit présenter un état plus ou moins fiévreux, un abattement général qui frise de bien près les accidents généraux dus à la dentition. Ajoutons à cela un enfant légèrement atteint par l'une des diathèses signalées par Comby lui-même et nous aurons de véritables accidents dont le point de départ est la dent.

M. le Dr Besson. — M. Comby admet en tout cas que l'éruption douloureuse des dents est la cause indirecte d'accidents digestifs chez l'enfant.

M. le Dr Frey. — Ce qui m'a mis en défiance contre l'école allemande, c'est son exclusivisme : elle nie les accidents de dentition. Or on n'a pas le droit de nier l'influence de la dentition ; il faut considérer l'éruption difficile des dents de lait comme une cause occasionnelle de certains accidents. Pourquoi ne pas admettre en effet des accidents de dentition dans un organisme mal équilibré, alors que presque tout l'effort de l'organisme se porte du côté de l'éruption des dents ? C'est d'ailleurs ce manque d'équilibre de l'organisme qui donnera prise aux accidents généraux. Plus tard, en effet, lors de l'éruption des dents permanentes, on ne constate guère que des accidents locaux.

II. — ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE.

M. Lemerle. — L'an dernier, un membre a demandé qu'on annonçât à chaque séance les communications qui seront faites dans la séance suivante, de façon à ce qu'on ait le temps de se préparer à la discussion. Je vous annonce donc, pour tenir compte de ce désir, que nous aurons, la prochaine fois, une communication de M. Richard-Chauvin sur les aurifications.

Je vous propose d'autre part de commencer nos vacances après la séance de juin.

M. le Dr Sauvez. — Cette décision doit de préférence être prise le mois prochain.

M. Richard-Chauvin. — Elle ne peut pas l'être aujourd'hui.

M. Martinier. — Il serait fâcheux d'interrompre nos séances jusqu'en octobre ; il est préférable de mettre à l'ordre du jour des sujets de technique pure, de façon à attirer les membres.

M. Choquet. — Nous avons déjà trois communications ; celle de M. Richard-Chauvin vient ensuite.

M. Richard-Chauvin. — Si ma communication n'est que la 4e, comme elle sera fort longue, elle ne pourra guère vous être faite qu'en juillet.

La séance est levée à 10 h. 1/2.

Le Secrétaire général,
J. CHOQUET.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 28 mars 1899.

Présidence de M. Hivert, vice-président.

M. Ducournau présente une anomalie dentaire constatée chez une femme de 25 ans, atteinte de gingivite expulsive, frappée dans ses dents permanentes, tandis que les quelques dents temporaires restantes sont intactes. (Deux modèles à l'appui sont soumis à la Société).

M. Damain cite un cas semblable, qu'il a constaté dans sa clientèle.

M. le Dr Amoedo fait connaître qu'il a scié une partie de molaire d'adulte sur laquelle se trouvait une dent temporaire et constaté que les racines de celles-ci étaient résorbées en partie et en même temps soudées au maxillaire, ce qui expliquerait les extractions de dents temporaires difficiles.

M. Ducournau se rallie à cette explication.

M. Siffre ne fait pas de différence entre la gingivite expulsive et la pyorrhée alvéolaire.

M. le Dr Amoedo appuie cette opinion. Pour lui l'étiologie presque constante de cette affection réside dans les dépôts calcaires de la salive. Même quand le tartre n'est pas apparent, il en existe toujours sous la partie de gencive détachée du collet.

M. Hivert ne voit dans le tartre dans ce cas qu'une cause très secondaire ; pour lui la diathèse du malade est la cause primordiale ; il doute absolument que le tartre soit une cause et non une conséquence.

M. Frison signale une application de 12 dents à pivot qu'il a pratiquée à une jeune fille de 22 ans. Il emploie le pivot carré avec succès depuis longtemps.

M. Paul Roger présente un modèle en plâtre d'une canine placée à côté de la première grosse molaire, la petite incisive et les deux prémolaires manquant, modèle pris chez un homme de 35 ans.

(Extrait de la *Revue odontologique*).

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE LYON

Séance d'ouverture du 26 mai 1899.

Présidence de M. le Dr Guillot, président.

La séance est ouverte à 8 heures, M. le Dr *Guillot* prononce un discours-programme publié dans *L'Odontologie* du 15 juin.

I. — Sinusite ancienne du maxillaire gauche supérieur ayant pour point de départ la carie de la première molaire gauche correspondante, par MM. Guillot et Vichot.

M. Vichot fait la communication suivante :

Mme P.., âgée de 23 ans. Depuis un an environ, la malade était atteinte de céphalalgie intense du côté gauche dans la région sus et sous-orbitaire et sur tout le trajet de la branche ophtalmique de Willis et de la branche maxillaire supérieure du trijumeau. Douleurs lancinantes, troubles visuels caractérisés à ce moment par des éblouissements, une espèce de brouillard devant l'œil gauche. La malade consulta à ce moment ; il lui fut ordonné des frictions avec une pommade à base de jusquiame. Soulagement insignifiant. La malade se mit alors à moucher et cracher beaucoup, se plaignant surtout de l'odeur particulièrement fétide qu'elle sentait en se mouchant.

Le 17 *mars*, la malade se présenta à la clinique des maladies des oreilles, du nez et du larynx du Dispensaire général de Lyon, où l'on diagnostiqua une sinusite supérieure gauche au moyen de l'exploration électrique. Lavage du nez trois fois par jour avec une solution boriquée tiède au moyen de l'appareil à douches nasales; diminution de l'odeur. La suppuration continuant, le médecin consultant nous l'adresse ; nous l'examinons et cherchons à avoir un historique de son affection, mais tout cela est très confus. Le 19 mai, nous la voyons avec M. le Dr Guillot ; nous trouvons la face du côté gauche, dans la région sous-orbitaire, congestionnée, empâtée et plus volumineuse que du côté droit, l'œil injecté de sang, conjonctivite ; la vue a baissé de ce côté, le nez est modifié dans sa forme, la cloison a été repoussée sur la droite et la partie cartilagineuse et mobile de l'aile du nez se trouve plus rapprochée de la cloison ; un petit espace sépare seulement les deux parois ; au niveau de la sous-cloison, une ulcération se présente, due au contact permanent du pus, ostéite de la paroi antérieure du sinus ; à la pression, crépitement et douleur.

A l'examen, nous constatons une carie pénétrante de la première molaire supérieure gauche, face mésiale ; plusieurs trajets fistuleux se font jour sur la gencive et cela, au dire de la malade, depuis plus d'un an; la dent serait malade depuis deux ans ou deux ans et demi; la sonde pénétrant dans la cavité nous révèle une odeur caractéristique de gangrène de la pulpe.

Extraire la dent fut notre conclusion ; nous vîmes alors l'apex des deux racines externes enveloppées d'un périoste épaissi et hypertrophié. Nous ouvrîmes le sinus avec un instrument à main, un ciseau à émail droit de 3^{mm} de large à pointe triangulaire en enfonçant perpendiculairement dans le fond de l'alvéole postéro-externe avec dou-

ceur, puis, ayant pénétré, nous tournâmes plusieurs fois l'instrument dans la cavité afin d'obtenir un orifice bien rond et pouvant rester béant.

Le sang que cette petite opération fit répandre une fois écoulé, nous procédâmes à la toilette du sinus par des lavages à l'eau bouillie tiède, à l'aide d'une poire à injection de la contenance de vingt centimètres environ ; un pus excessivement épais et fétide sortit en grande quantité par la narine gauche ; nous fîmes des lavages jusqu'à ce que l'eau sortit claire ou faiblement teintée de rose par le sang.

Samedi 20 *mai.* — Les troubles visuels ont cessé, douleur locale et céphalalgie disparues, la malade se sent mieux, respire plus facilement, la muqueuse nasale a déjà changé d'aspect, la narine gauche étant plus dilatée. Lavages, solution boriquée tiède à 4 0/0.

Mardi 23 *mai.* — La malade n'a pu, pendant les deux jours fériés, se faire ses lavages et vient avec son sinus plein de pus; grands lavages avec une solution tiède 1/4 alcool, 3/4 d'eau, deux séances dans la journée.

Mercredi 24. — Lavages avec la solution précédente, deux fois par jour, peu de pus.

Jeudi 25. — Même traitement, presque pas de pus.

Vendredi 26. — Même état, amélioration très sensible, la malade nasonne toujours, ne mouche plus du tout, dort bien ; l'œil gauche a repris son aspect normal et le nez commence à revenir en place.

Nous continuons ce traitement en variant les antiseptiques et en faisant des lavages réguliers.

Presque toutes les affections de l'antre d'Hyghmore dénommées sinusites sont d'origine dentaire et le premier examen à faire, quand des symptômes subjectifs et objectifs font supposer une sinusite, est l'examen de la bouche et l'extraction immédiate de toute dent suspecte pour éviter la chronicité de cette affection.

Malgré le peu de temps écoulé depuis l'opération notre malade va bien et est en voie de guérison.

Discussion

M. le Dr Chambard, qui a vu un certain nombre de sinusites dans le cours de sa carrière médicale, conseille l'emploi de *l'aristol* en insufflation dans le nez, pour modifier la fétidité du pus excrété.

M. le Dr Royer, spécialiste pour les affections rhinolaryngées, le conseille aussi.

M. le Dr Guillot présente la malade et signale différentes sinusites qu'il a eu l'occasion de traiter, après des diagnostics erronés de la part de célébrités professionnelles, avec guérison rapide par des lavages d'eau boriquée. Il ne laisse aucune canule dans le *sinus* et n'a jamais vu se boucher le trou qu'il avait perforé dans celui-ci. Les fistules artificielles qu'il pratique dans ces cas sont rondes, et l'on

peut y entrer un manche de porte-plume. La forme de cette fistule l'empêche de se boucher. Quant à l'infection, c'est dans la bouche que les plaies se guérissent avec le plus de rapidité.

II. — Des obturations de porcelaine selon la méthode de la double empreinte, par MM. Godon et Gross.

M. Guillot remercie MM. Godon et Gross de la délicate attention qu'ils ont eue en offrant à la Société la primeur de leur travail; il lit la description de la méthode qu'ils ont employée et fait circuler les différents modèles d'obturations que les auteurs ont joints à leur communication.

Une discussion s'ouvre sur les différents procédés d'incrustation et de scellement de porcelaine dans les dents, depuis les blocs d'Ash, qui sont en usage depuis trente ans au moins, les obturations de verre, et jusqu'aux travaux derniers.

M. Harwood présente les observations suivantes :

J'ai employé le platine battu et le platine laminé, mais la plupart du temps l'or platiné N° 60 de Williams; c'est ce dernier que j'emploie le plus couramment. Je continue également à employer de préférence les émaux Downie et je n'ai pas eu à constater le changement de couleur ni la porosité dont parlent certains opérateurs.

Il y a un point sur lequel on n'insiste pas assez : c'est la difficulté qu'on éprouve pour sortir l'empreinte de la cavité sans en modifier la forme. Je place de petites boulettes de coton, que je tasse légèrement d'abord une à une, ensuite je les presse avec un brunissoir à bout arrondi; puis je brunis les bords jusqu'à ce que l'or devienne presque dur. Les boulettes de coton sont enlevées une à une et mon or reste en place par adaptation. Avant de le retirer, la concavité est remplie de cire qu'on laisse durcir, ou si la cavité est grande, avec de la gutta « temporary stopping » de Gilbert. On peut alors enlever l'empreinte sans crainte de la déformer. J'en fais deux ou trois de suite. Le docteur Jenkins, de Dresde, dont on étudierait le travail avec profit, recommande de mettre l'empreinte dans un revêtement d'amiante en poudre et plâtre.

Le séchage se fait rapidement au-dessus du fourneau et la cire ou gutta peut s'enlever facilement. La forme est ainsi maintenue. L'émail à la consistance d'une pâte claire est placé *au milieu* de l'empreinte avec une petite plume à écrire ordinaire ou sur la pointe d'une sonde, ensuite soigneusement séché, et, une addition faite ou l'excès enlevé, en laissant l'émail en forme de cône au milieu de l'empreinte *sans qu'il monte jusqu'au bord.*

On passe alors au fourneau électrique et, au moyen d'une loupe doublée d'une plaque de verre bleu, on peut suivre la marche. Afin d'obtenir le contour désiré, ni trop bombé, ni trop plat, je m'arrange de façon à pouvoir couper instantanément le courant. Le tassement

de la masse, au moment de la fusion, se faisant lentement, on peut obtenir ainsi le contour voulu et de plus, en en faisant plusieurs à la fois, on en a le choix. On l'arrête aussi avant que les bords de l'empreinte soient dépassés, afin d'éviter les bavures qui compromettent l'adaptation.

La méthode du double brunissage est sujette à caution. Après avoir choisi, parmi les échantillons, la nuance désirée, on voudrait être sûr d'obtenir la pareille. Il faut, en général, pour que l'émail donne son éclat et conserve sa couleur, qu'il ne soit fondu qu'*une seule fois.* En faisant fondre une deuxième fois pour le nouveau brunissage, on a eu d'abord la couleur voulue, mais la seconde cuisson avec d'autre émail ajouté amène fatalement une modification de la couleur qui se trouve en partie brûlée. De plus, on risque en faisant cuire une seconde fois de voir le bloc se fendiller ou se transformer en une masse vitreuse n'ayant ni la forme ni la couleur primitive, comme cela arrive pour la gencive continue quand la cuisson est poussée trop loin. J'en ai fait l'expérience,et quelques secondes de trop suffisent pour cela.

Pour la fixation du bloc il faut parvenir à rendre rugueuse la surface inférieure. Dans ce but on emploie la méthode connue du disque diamanté, mais il s'agit de tenir le bloc pendant ce temps de façon à ce que ce petit objet ne vous échappe pas des doigts. Les méthodes simples sont parfois les meilleures et la mienne est quelque peu primitive : je prends un simple bouchon de bonne qualité dont je fais sauter une partie à peu près de la grosseur de mon bloc avec un point d'excavateur, je presse mon bloc dans le trou ainsi fait, je mouille le tout et je puis ainsi dépolir toute la surface inférieure du bloc, au besoin en pressant dessus un peu avec ma meule (une meule en carborundum), bien humectée naturellement.

Il faut prendre un ciment dont la poudre soit presque impalpable, et en terminant je répète ici une méthode qui a été préconisée dernièrement, je ne me rappelle plus par qui, c'est l'emploi du baume de Canada dissous dans la benzine ; j'en ai fait quelques essais, mais trop récents pour parler du résultat. Je vous la donne pour ce qu'elle vaut. Un ciment transparent serait un heureux complément.

III. — Travail de couronnes en porcelaine, par M. J. Harwood.

M. J. Harwood lit une communication sur l'emploi du fourneau électrique dans le travail des couronnes de porcelaine (Voir *L'Odontologie* du 15 juin) et présente une série de travaux qu'il a utilisés dans différents cas.

Après une courte discussion, *M. Guillot* remercie, au nom de la Société, M. Harwood de son intéressante communication et le félicite

de ses ingénieux procédés qui apportent une utile contribution à la technique dentaire.

La séance est levée à 10 heures.

Le Secrétaire,
J. Vichot.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Kyste dentifère du maxillaire supérieur

Par M. le professeur Berger.

Le jeune M. P..., âgé de treize ans et demi, m'a été amené au commencement de l'année avec un kyste développé à droite de la ligne médiane, sur la face antérieure du maxillaire supérieur et proéminent à la joue, dans le sillon gingival et à la voûte palatine. Il y a deux ans et demi que le malade s'est aperçu de l'existence d'un gonflement à la joue, gonflement qui a gagné et fait disparaître le sillon qui sépare celui-ci de la face latérale du nez; l'augmentation de volume a été graduelle; dans ces derniers temps seulement quelques douleurs irradiant vers la tubérosité maxillaire et vers l'oreille ont accompagné cet accroissement de volume.

A l'inspection de la bouche, on trouve toutes les dents de la rangée supérieure en place, mais l'incisive médiane supérieure droite et aussi un peu l'incisive latérale sont déviées et leur bord tranchant est déjeté en dehors; elles paraissent un peu ébranlées, mais cette mobilité anormale est due à la diminution de la consistance des bords alvéolaires qui les supportent. En relevant la lèvre supérieure on voit une saillie notable, bosselée, qui soulève la muqueuse du sillon gingival et qui a la coloration noire des kystes de la mâchoire; une grosse bosselure dépasse la ligne médiane et proémine du côté gauche du frein de la lèvre supérieure. Ces bosselures sont fluctuantes; on peut renvoyer la fluctuation de cette partie de la tumeur à celle qui soulève les téguments de la joue. On trouve aussi, au côté droit de la voûte palatine, en arrière du bord alvéolaire, une saillie qui soulève la muqueuse, fluctuante elle aussi et constituée par la même collection que celle qui proémine à la joue et dans le sillon gingival. Les caractères sont ceux qu'on aurait autrefois considérés comme propres au kyste radiculo-dentaire, aux kystes périostiques du maxillaire.

Le 16 février dernier, j'ai excisé largement toute la paroi antérieure de la cavité kystique proéminant dans le sillon gingival; cette paroi se composait d'une mince couche cartilagineuse recouverte par la muqueuse gingivale en dehors et tapissée en dedans par une membrane lisse ayant tous les les caractères d'une muqueuse. Une certaine quantité de liquide épais et comme gélatineux s'est écoulée par la large brèche ainsi créée. Celle-ci a admis l'introduction du

doigt et a permis de constater que la cavité, très vaste, était indépendante du sinus maxillaire; qu'elle dépassait la ligne médiane pour se continuer du côté opposé; qu'elle se prolongeait en arrière jusqu'à la voûte palatine qui était détruite et où le kyste n'était plus séparé de la bouche que par la muqueuse; qu'en haut elle refoulait la paroi du sinus maxillaire vers le plancher de l'orbite. Le bord alvéolaire était ébranlé et en partie détruit. Sur le plancher de cette cavité, un peu à droite de la ligne médiane, était implanté un corps dur, saillant en haut et tranchant, qu'au premier abord on prit pour la racine d'une des incisives, mais qu'un examen plus attentif fit reconnaître comme étant une dent surnuméraire, développée sur la paroi inférieure de la cavité kystique et faisant saillie dans cette dernière. On voyait, en effet, une couronne d'un blanc nacré, recouverte d'une couche d'émail régulière et ayant absolument l'aspect de la couronne d'une incisive. Cette dent fut laissée en place quelques jours, pendant lesquels la cavité fut tamponnée avec de la gaze iodoformée. Au bout de quelques jours, cette dent fut extraite, un coup de curette suffit pour la détacher. Elle était formée d'une couche d'émail étendue sur une masse de dentine ne présentant qu'une saillie radiculaire tout à fait rudimentaire.

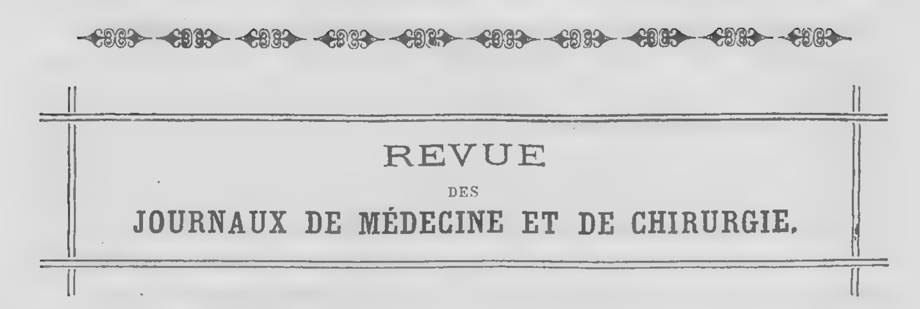
Depuis ce temps la cavité du kyste s'est graduellement et très notablement rétrécie; son orifice est resté largement béant néanmoins, grâce à la résection étendue qui avait été faite de la paroi antérieure de ce kyste. Cette cavité est cependant assez vaste encore, mais des lavages faits par le petit malade suffisent pour la maintenir en bon état de propreté. Mon intention est de la laisser ouverte le plus longtemps possible; c'est la conduite qui m'a jusqu'à présent toujours réussi dans le traitement des kystes de cette espèce.

Cette observation est intéressante :

1° Parce qu'on y voit un kyste appartenant à la catégorie des kystes désignés autrefois sous le nom de kystes dentifères présenter tous les caractères cliniques des kystes périostiques dont Broca, Magitot et les autres contemporains faisaient une variété anatomique tout à fait distincte.

2° Parce que ce kyste ne s'accompagnait d'aucune anomalie par défaut des dents de la rangée correspondante, ce qui ne permet pas d'en expliquer le développement par un arrêt survenu dans l'évolution d'une follicule dentaire.

Ce fait vient donc à l'appui de la théorie soutenue par MM. Malassez et Albarran, théorie qui place dans les débris épithéliaux paradentaires l'origine commune des kystes des mâchoires considérés autrefois comme des espèces distinctes sous les noms de kystes dentifères ou folliculaires et de kystes périostiques ou radiculo-dentaires.



La propagation et la prophylaxie de la phtisie d'après les nouvelles recherches du professeur C. Hugge (de Breslau), par M. Romme. — In *Presse médicale*, 22 mars 1899, n° 112.

Analyse.

Cet article ne présente aucun intérêt professionnel pour nous. Par contre, au double titre de citoyens d'un pays où la lutte contre la tuberculose commence à peine à se dessiner, et de praticiens passant la plus grande partie de leur temps à l'orifice de l'appareil respiratoire de leurs concitoyens, nous avons tout profit à tirer de sa lecture.

Nous savions déjà que nous étions tout particulièrement susceptibles d'offrir un bon terrain au développement du bacille tuberculeux. Un expérimentateur, M. Charrin si je ne m'abuse, a démontré il n'y a pas très longtemps que les animaux qui respirent les produits d'expiration d'autres animaux deviennent plus facilement tuberculeux qu'à l'état normal et que cette susceptibilité est en raison directe de la proportion d'excrétats gazeux mélangés à l'air respiratoire. Or, nous répétons dans la vie pratique cette expérience de laboratoire, d'une façon parfaite.

Mais jusqu'à présent au moins nous pouvions croire qu'à cet état de moindre résistance ne s'ajoutait pas de facilité particulière de contagion. Nous pouvions même nous considérer comme relativement favorisés ; nous n'avions guère à craindre, comme tous nos concitoyens, que les poussières bacillifères de la rue ou des véhicules publics. Mais, passant la plus grande partie de nos journées dans notre propre appartement, il semblait bien que nous fussions là à peu près à l'abri de la contamination.

C'est qu'en effet, jusqu'à ces derniers temps, on n'admettait en France surtout, que la dispersion des bacilles par les crachats *desséchés* et réduits en poussière : d'où la prescription, légitime d'ailleurs, pour tout individu affecté d'expectoration, de ne cracher que dans un vase contenant un liquide antiseptique. Moyenant cette précaution, le voisinage, le contact d'un tuberculeux semblait totalement exempt de danger. Or, cette prescription étant précisément suivie chez nous

par l'usage traditionnel du crachoir, nous pouvions nous croire absolument à l'abri vis-à-vis du tuberculeux qui venait nous demander nos soins.

Mais voici qu'à cette conception basée sur les travaux de M. Cornet, le professeur Hügge en ajoute une autre appuyée sur ses travaux et ceux de plusieurs de ses élèves. Tout en acceptant, quoiqu'en en restreignant l'importance, la possibilité de la contamination par les poussières de crachats desséchés, il signale une nouvelle source de propagation, bien plus efficace et bien plus fréquente, d'après lui, le *crachat liquide*, c'est-à-dire non pas la masse concrétée expulsée sous la forme bien connue, mais la poussière liquide composée de gouttelettes microscopiques que nous projetons autour de nous en parlant, en toussant, en éternuant. Les expériences de MM. Laschtschenko, Bruno Heymann, Sticher et Beninde ont démontré que ces gouttelettes véhiculaient les bacilles à une distance assez grande du malade.

Les expériences de MM. Sticher et Beninde ont tout d'abord montré que si la contagion par les crachats desséchés était *possible*, elle était moins facile cependant qu'on ne le croyait jusqu'à présent. Il faut d'abord une dessiccation parfaite à laquelle on ne laisse guère dans la pratique le temps de s'effectuer ; il faut ensuite que la vitesse du courant d'air qui véhicule ces poussières ne soit pas inférieure à 30 centimètres par seconde et coïncide avec une agitation de ces poussières.

Cela n'est évidemment pas une raison pour laisser au tuberculeux la faculté de cracher partout, mais cela confirme indirectement les expériences de MM. Laschtschenko et Heymann démontrant que la véritable source de contagion est ailleurs.

La plus caractéristique de ces expériences est celle-ci : « Dans une cabine en verre préalablement stérilisée et contenant de petites coupes remplies d'une solution de chlorure de sodium, on introduisait un phtisique dont la figure et les mains étaient désinfectées et qui était revêtu d'une blouse stérilisée. Il restait dans la cabine et toussait soit spontanément, soit sur l'invitation de l'expérimentateur. Au bout de quelque temps, le liquide des soucoupes était recueilli et injecté dans le péritoine de cobayes. »

40 o/o de cobayes ainsi inoculés devinrent tuberculeux !

D'autres cobayes ont été rendus directement tuberculeux par le moyen suivant : on les plaçait dans la même cabine de verre, la tête fixée de telle façon qu'ils étaient forcés de regarder en face le malade bacillifère. 6 sur 25 devinrent de la sorte tuberculeux pulmonaires.

Ces expériences montrent donc qu' « *une personne qui se trouve dans le voisinage immédiat d'un phtisique est exposée à inhaler la poussière liquide bacillifère que le malade projette autour de lui quand il tousse et même quand il crache.* »

Le danger est très réel à 50 centimètres, et même à 1 mètre; il ne cesse guère qu'à 1 m. 50.

Ces faits entraînent des considérations de prophylaxie générale auxquelles nous ne nous arrêterons pas, et nous intéressent particu-culièrement. S'ils sont exacts, et rien ne permet d'en douter, nous voyons que nous, dentistes, sommes particulièrement menacés: prédisposition par inhalation de déchets respiratoires d'une part, contagion directe d'autre part.

Sans doute, il ne faut rien exagérer: la doctrine du professeur Hügge ne va pas rendre la tuberculose plus fréquente chez nous évidemment, mais nous avons le devoir d'utiliser son avertissement. Nous saurons désormais l'importance qu'il y a pour nous dès le premier prodrome d'une quinte de toux à nous éloigner rapidement de la zone de projection et surtout à ne nous replacer devant notre patient qu'au bout de quelques instants, après que toutes les particules liquides qu'il vient d'expulser ont eu le temps de retomber. Cela nous enseigne aussi qu'il y aurait sans doute utilité absolue à renoncer d'une façòn systématique, ainsi que le font déjà quelques-uns d'entre nous, à tout rideau, à toute tenture devant ou sur les côtés de la fenêtre qui éclaire le fauteuil d'opérations et à leur substituer, pour laisser libre accès à la lumière, tout en barrant la route aux regards indiscrets, des verres spéciaux de *nettoyage facile*, par exemple le modèle dit *verre cathédrale strié*. Ces tissus, en effet, en recueillant les gouttelettes chargées de bacilles ne peuvent que devenir à la longue des sources certaines de contagion. Enfin ne serait-il pas indiqué de rendre aussi simple qu'il est possible la tablette porte-instruments que notre patient a directement à sa portée et dont nous avons une tendance assez peu justifiée à faire de plus en plus un meuble luxueux et compliqué, et de la rendre très facilement stérilisable en la faisant en métal, ce qui existe déjà, ou même en bois recouvert d'une peinture, comme on en fait aujourd'hui, supportant impunément le lavage à l'aide d'une solution antiseptique?

GEORGES MAHÉ.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an, }
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

Z. Bajus (*Éditeur de musique*), AVESNES-LE-COMTE (Pas-de-Calais).
Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
Billard, L. Lemaire, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264,30.**
B. Bourdallé (*Produits anesthésiques*), 127, faubourg Poissonnière, PARIS.
Comptoir international (*Fourn. gén.*), 137, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**
J. Fanguet (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.
Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.
Gardenat (*Prothèse à façon*), 10, rue du Havre, PARIS.
Mme Jourdain (*Ciment Telschow*), 4, rue de Moscou, PARIS.

TÉLÉPHONE 214-47
P.-A. Kœlliker et Cie
Grande exposition, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.
58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin, PARIS.
45, rue de la République, LYON ;
18, allées de Tourny, BORDEAUX ;
ZURICH. — GENÈVE.

L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**
A. Majesté et L. Bouchardeau, (*Impressions en tous genres*). { 70, boulevard Montparnasse, PARIS. CHATEAUROUX.
Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 67, rue Daguerre, PARIS
P. Périé fils (*Fournitures générales*), 44, allée Lafayette, TOULOUSE.
B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

Reymond frères (*Fournitures générales.*)
22, rue Le Peletier, PARIS.
44, place de la République, LYON.
14, rue de Stassart, BRUXELLES.
4, rue du Grütli, GENÈVE.

L. Richard-Chauvin et Cie (*Gutta*), 1, rue Blanche, PARIS.
Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**
Société chimique des Usines du Rhône. { *Chlorure d'Ethyle.* } 8, quai de Retz, LYON. { *Or de Genève.* } 14, rue des Pyramides, PARIS.
Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.
Vinsonnaud (*Assurances contre les accidents*), 20, rue Scheffer, PARIS.

FORMULAIRE

DENTIFRICES DIVERS

I. — Dentifrice (Boas).

Anis commun	15 0
Girofle	10 0
Camomille	10 0
Alcool	1,200 0
Cannelle	7 5

Après une macération de 4 jours filtrer et ajouter :

Essence de menthe	5 0
Teinture d'ambre	5 0

II. — Dentifrice (Gunther).

Teinture d'orcanette (1 : 10),	200 0
Alcool de mélisse	70 0
Alcool	800 0
Essence de roses	3 0
Essence de menthe	9 0

III. — Dentifrice (Schröder).

Dentifrice Günther	100 0
Acide salicylique	2 0

IV. — Dentifrice a la coca

Feuilles de coca	100 0
Alun en poudre	15 0
Cochenillle	100 0
Alcool	800 0

Après 4 jours de macération presser et ajouter après filtrage :

Essence de menthe	4 0
« de girofle	4 0
« de roses	1 0
Alcool de cochléaria	400 0
Saccharine	0 4

V. — Dentifrice américain

Acide sulfurique dilué	2 0
Eau distillée	69 0
Teinture de bois de santal (1 : 5 alcool)	75 0
Essence de roses	0 2
Baume du Pérou	0 8
Teinture de pyrèthre : (1 5 alcool dilué)	25 0
« de cannelle	25 0
« de benjoin	50 2
Alcool	762 0

VI. — Listérine.

Acide benzoïque	4 0	
Thymol	2 0	
Eucalyptol	V	gout.
Essence de menthe	VI	—
» de gaultheria	VI	—
« de thym	I	—
Alcool	300 0	
Borax	4 0	
Acide borique	8 0	
Eau distillée	300 0	

VII. — Dentifrice Miller.

Thymol	0 25
Acide benzoïque artificiel	3 00
Teinture d'eucalyptus	15
Alcool	100 00
Essence de menthe	07 5

VIII. — Dentifrice au salol (Sahli).

Teinture d'anis étoilé	} ââ 10 0
« de cannelle de Ceylan	
Cochenille	5 0
Alcool	1,000 0

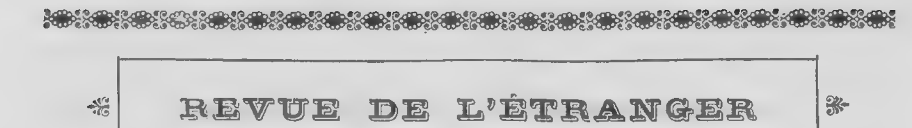
Après une macération de 8 jours filtrer et ajouter :

Essence de menthe	5 0
Salol	25 0

IX. — Dentifrice a la Saccharine

Saccharine	5 0
Héliotropine	1 0
Essence de menthe	50 0
Essence de cannelle	1 0
Alcool	1,000 0
Teinture de cochenille	25 0

(Giornale di farmacia).



XIVe CONGRÈS DENTAIRE SUISSE

(Correspondance spéciale de L'Odontologie).

La Société Odontologique Suisse a tenu à Lucerne les 6, 7 et 8 mai, sa 14e assemblée générale annuelle.

Le samedi après-midi 6 mai, la séance administrative est ouverte à 4 heures, dans la grande salle du 1er étage du Kursaal, sous la présidence de M. le Dr Professeur Billeter. L'ordre du jour, sans être très chargé, présentait un grand intérêt en raison de la retraite du Président et du trésorier, M. Kölliker, qui avaient tous deux, depuis la fondation de la Société, mis à son service leur zèle et leur dévouement.

M. L. Guillermin, de Genève, est au premier tour de scrutin élu président; mais sur sa récusation, c'est M. Th. Frick de Zürich qui, après un second vote, est proclamé président de la Société, ensuite M. P. Guye, de Genève, est élu vice-président.

Le rédacteur de la partie allemande de la Revue trimestrielle Suisse d'Odontologie, M. Respinger, de Bâle, ayant demandé pour cause de fatigue d'être relevé de cette rédaction, c'est M. Maillart, de Berne, secrétaire, qui veut bien accepter de le remplacer. M. le Dr Professeur Redard reste chargé de la rédaction de la partie française.

La Société Odontologique Suisse continue à progresser; elle compte actuellement 141 membres.

Le rapport du trésorier est plutôt favorable, malgré les charges résultant de la publication de la Revue.

Avant de clôturer cette première séance, les membres de l'assemblée, sur la proposition d'un des leurs, acclament M. le Dr Billeter et M. Kölliker comme membres honoraires.

La prochaine réunion se tiendra en 1900 à Genève.

Dans la soirée une partie récréative, musicale et littéraire, brillamment organisée par les dentistes lucernois, réunissait, au Cercle du Faucon, les nombreux membres du Congrès.

Le lendemain matin, dimanche 7 mai, la séance des travaux scientifiques et des démonstrations est ouverte à 9 heures.

M. J. Machwürth, de Zürich, parle avantageusement des obturations en émail; il passe en revue les travaux des principaux praticiens qui se sont occupés de la question et en particulier ce qui a été présenté dans les précédents congrès suisses. Il s'attache plus spécialement au procédé Jenkins dont il décrit la minutieuse manipulation.

Il présente deux sujets : 1° un jeune homme qui possède l'incisive centrale droite reconstruite à l'aide d'une obturation Jenkins, scellée à l'aide d'un ciment phosphaté : 2° une jeune dame, dont une incisive cen-

trale fortement cariée sert à démontrer le procédé opératoire consistant dans la préparation de la cavité, la prise de la forme de cette cavité au moyen d'une parcelle de feuille d'or n° 30, le moulage et la fusion de la pâte dans cette minuscule empreinte, enfin la fixation du petit bloc obtenu avec du ciment. L'opération, fort bien conduite, permet d'obtenir une restauration très élégante de la dent.

M. J. Grüter, de Besançon, démontre un cas de redressement comprenant deux incisives centrales supérieures avec une anomalie de direction assez difficile à réduire, les dents se trouvant à angle aigu dans un plan antéro-postérieur, le bord latéral ou face approximo-mésiale de l'une appliquée contre la face linguale de l'autre. L'arcade antérieure du maxillaire supérieur étant trop étroite pour permettre la rotation, deux appareils successifs avec demi-jonc d'or faisant ressort furent nécessaires pour agrandir cette arcade et faire pivoter les dents, puis un appareil de rétention fut porté pendant un mois. L'anomalie se trouva complètement corrigée en 3 mois.

M. A. Seen, de Zürich, dans une causerie sur l'anesthésie locale au point de vue pratique, parle des différentes substances préconisées pour produire l'insensibilité partielle. Il passe successivement en revue la cocaïne, la tropa-cocaïne, l'eucaïne B, l'analgésine, l'holocaïne, l'anésine, la nervanine et l'acoïne ; il donne la nomenclature chimique et la dose pour l'injection gingivale. Ces derniers temps, il a employé dans sa clientèle, des injections avec l'acoïne, il s'en est toujours bien trouvé ; selon lui, cette substance agit mieux que la cocaïne, elle est trois fois moins toxique, elle agit plus vite et plus profondément, l'anesthésie dure plus longtemps, enfin la solution peut se conserver et être utilisable après une douzaine de jours.

M. A. Brodtbeck, de Frauenfeld, présente un très intéressant rapport concernant l'anesthésie par la suggestion. Il débute par rappeler les publications qui ont déjà paru au sujet de l'anesthésie générale avec le chlorure d'éthyle, en particulier le travail du Professeur Billeter, qui le premier utilisa cette substance en aspirations directes à l'aide du masque Schönemann ; puis il raconte comment il est arrivé à obtenir l'anesthésie avec des doses minimes de chlorure d'éthyle. Maintes fois quelques gouttes lui suffisent pour produire une insensibilité absolue assez profonde pour permettre d'extraire de 5 à 25 dents, sans que le patient ressente la moindre douleur.

Au commencement de ses essais d'inhalations avec le chlorure d'éthyle, une personne très anxieuse lui ayant demandé de l'endormir, il lui avait déjà placé le masque, lorsqu'au moment de lancer par l'ouverture antérieure du masque quelque peu de chlorure d'éthyle, il s'aperçut que le tube avait été oublié dans son laboratoire ; sans déplacer le masque il pria son assistant d'aller promptement lui chercher le récipient, lorsqu'il fut surpris de voir sa cliente devenir insensible avec tous les caractères d'une anesthésie profonde (réflexe cornéal aboli) ; il procéda immédiatement à l'extraction qui ne fut aucunement ressentie. Comprenant que l'anesthésie avait été produite par suggestion, il essaya de mettre à profit ce moyen, et de nombreuses expériences sont venues lui prouver que le plus grand nombre des

patients se laissent suggestionner à tel point que le sommeil chirurgical s'obtient presque instantanément avec des doses presque nulles de chlorure d'éthyle.

Son procédé est des plus simples : il commande à la personne de s'endormir le plus vite possible et, après deux ou ou trois passes sur les yeux, il applique le masque, puis quelques gouttes de chlorure d'éthyle finissent par produire l'insensibilité complète.

Trois jeunes confrères de bonne volonté sont effectivement rapidement anesthésiés par ce simple procédé.

Une discussion intéressante, à laquelle prennent part MM. le Professeur Billeter, Dill, Wirth, Zing, Montiguel, Grosheintz, s'engage au sujet de cette communication et vient confirmer que la suggestion joue un grand rôle dans les opérations dentaires. Il est rappelé quelques cas où des injections d'eau simple, des inhalations d'air athmosphérique, ou autres supercheries de ce genre ont permis des extractions indolores.

A midi et demi, un banquet de 90 couverts rassemblait les sociétaires à l'Hôtel de Lucerne ; M. le Dr Billeter porte le traditionnel toast à la patrie.

Vers 3 h. 1/4, un bateau-salon de la Compagnie de Navigation transporte les congressistes au Grütli, berceau des libertés helvétiques.

A 8 h. 1/2, une réunion intime tenue au « Muth » terminait cette journée bien employée.

Le lendemain matin, lundi à 9 heures, *M. J. Fröhner,* de Zürich, expose le résultat de ses expériences sur des travaux techniques de céramique dentaire.

Ses explications sur les pâtes à porcelaine sont rendues encore plus instructives au moyen d'un grand choix d'échantillons de blocs de porcelaine et d'émaux ; toutes les marques américaines, anglaises et allemandes de toutes qualités, de toutes nuances s'y trouvent représentées ; les unes comme la pâte Allan demandent une forte cuisson : 18 à 20 minutes pour la masse et 25 minutes pour l'émail de revêtement, les autres comme la pâte Jenkins sont cuites à une plus basse température en 2 ou 3 minutes.

Des spécimens céramiques obtenus avec les pâtes d'Ash, d'Allan, de Downie, de Richter, de Herbst, de Schiltsky et de Jenkins sont mis en circulation ; un des côtés de ces échantillons est meulé afin de laisser apercevoir l'homogénéité de la masse. Plusieurs pièces partielles ou complètes de gencive continue sont habilement exécutées.

M. Fröhner parle également des obturations en émail et il termine son exposé en démontrant la manière de procéder pour cuire en premier lieu un petit bloc d'émail pour obturer une molaire, puis pour ajouter de la gencive rose émaillée à une dent plate.

Il préconise l'emploi des fourneaux à gaz avec soufflerie Fletcher pour la raison qu'ils sont moins chers, plus durables et plus faciles à réparer que les fourneaux électriques ; d'autre part la masse commençant à cuire en dessous, elle est plus homogène.

M. E. Müller, de Wädensweil, au moyen de planches correctement

dessinées avec un fort grossissement, rappelle d'abord la théorie de l'articulation naturelle des dents qui par le fait de la différence de courbure des maxillaires et de l'inégalité de volume des dents produit l'engrènement alternatif et l'entre-croisement des faces triturantes des molaires, qu'il est toujours indispensable d'imiter en prothèse afin d'obtenir non-seulement l'esthétique, mais aussi la force masticatoire.

A l'aide de crânes préparés et de grandes planches il attire l'attention sur les causes qui produisent la résorption différentielle des procès alvéolaires des deux os maxillaires, d'où il résulte que la partie alvéolaire du maxillaire inférieur est plus large après des extractions dentaires que celle du maxillaire supérieur.

M. Müller présente ensuite un articulateur système Bonwill perfectionné, qui possède exactement les mouvements d'ouverture et de latéralité observés dans l'articulation temporo-maxillaire.

M. Gysi, de Zürich, à propos de cette communication, ajoute quelques considérations pratiques relatives à l'articulation dentaire naturelle qu'on doit s'efforcer de suivre dans la confection des dentiers artificiels.

M. E. Grosheintz, de Bâle, démontre le mécanisme de rétention très ingénieux d'un travail à pont, composé d'une petite et d'une grosse molaire en or estampé, maintenu par deux glissières en fil de platine carré, s'emboîtant dans deux petites caisses ou gaînes (de la dimension et de la forme des glissières) scellées avec du ciment dans les parties cariées des deux dents contiguës.

Il présente également un travail du même genre exécuté pour le remplacement d'une incisive centrale, mais avec une dent plate minérale soudée à la partie labiale. Après que les glissières sont poussées dans les gaînes par un orifice ménagé dans le centre de l'appareil, on obture cette ouverture avec de la gutta-percha ou une aurification. C'est une heureuse modification du système Evans, qui consistait à maintenir une dent par deux barres rigides scellées dans des cavités siégeant aux dents latérales.

M. Bryan, de Bâle, fait apprécier son habileté technique en produisant une série de pièces à pont soutenues au moyen de pivots à gaîne et d'anneaux-télescopes.

Il décrit aussi plusieurs cas de réparation de travaux à pont, exécutés à la grande satisfaction des patients; plusieurs fois il a été appelé à revoir des ponts partiels posés séparément de chaque côté de la mâchoire supérieure, lesquels, manquant de solidité, reprenaient un service durable après avoir été reliés par une bande d'or étroite, mais épaisse, appliquée à la partie postérieure de la voûte palatine. De cette manière le palais reste libre et la muqueuse ne montre aucun signe d'inflammation.

M. Dill, de Liestal, donne communication et fait la démonstration d'un cas très embarrassant qu'il a traité avec succès, sur un patient qui, à la suite d'un traumatisme, avait perdu en son jeune âge les deux prémolaires et les deux molaires supérieures du côté droit. Au bout de quelques années les deux molaires du bas s'étaient allongées et avaient dévié en haut et en avant de l'arcade. Comme

elles étaient cariées et enflammées, afin d'obtenir la place nécessaire à la pose d'une pièce de prothèse supérieure, ces deux molaires inférieures furent découronnées et remplacées après que les racines furent traitées, par deux couronnes d'or assez basses pour permettre de placer un appareil de quatre dents à la mâchoire supérieure correspondante.

Il démontre encore la manière de restaurer en forme de cupule en ciment une racine fortement cariée sur laquelle il s'agit de fixer une couronne d'or.

M. Frick, de Zürich, présente les moulages d'un cas de prognathisme de la mâchoire inférieure des plus accentués à tel point que les dents du maxillaire inférieur avancent tellement en avant de l'arcade dentaire supérieure que dans l'occlusion de la bouche, il n'existe aucun point de contact des dents, de telle sorte que les dents inférieures arrivent au-dessous de la partie antéro-inférieure nasale, dans le sillon gingivo-labial. Le patient a de la peine à triturer ses aliments et, pendant l'acte de la mastication, son aspect est repoussant de laideur. Pour remédier à ce grave défaut, une pièce à pont reposant de chaque côté sur les petites et grosses molaires du bas a été ajustée, afin de retrouver une articulation. Depuis ce moment la fatigue provenant de la mastication a disparu.

M. Settelen, de Bâle, vient encore, avec un certain nombre de travaux à pont et de couronnes d'or, prouver la variété des cas auxquels ce genre de prothèse peut s'appliquer.

Parmi les appareils présentés on remarque un pont maintenu en avant à l'aide d'un pivot à bague et en arrière par un anneau à charnière, emboîtant la seconde grosse molaire, fermé et serré sur le côté par deux petites vis à écrous.

Il montre également une pince à retirer les couronnes d'or. Cette pince a la forme d'un davier, une des branches se termine par une tige un peu forte recourbée à angle aigu qui se place dans le sillon central de la face triturante, l'autre branche possède un mors recourbé qui passe sous le bord de la couronne en rapport avec le collet.

Différentes sortes de fraises spéciales pour les travaux à pont sont encore présentées.

M. P. Guye, de Genève, termine la série de ces exposés très instructifs en abordant un sujet qui n'a pas encore été apprécié à sa valeur dans la pratique dentaire et qui peut dans certains cas se montrer d'une grande utilité : celui de la radiographie appliquée à l'art dentaire.

Il s'est plusieurs fois servi de ce procédé pour découvrir la position dans les maxillaires et la probabilité de l'évolution de dents permanentes, lorsqu'elles montraient un retard plus ou moins long à émerger de la gencive.

Il fait circuler plusieurs exemplaires photographiques laissant visiblement apercevoir les dents absentes retenues ou en train d'évoluer dans les procès alvéolaires.

Grâce à la radiographie, il est donc possible de se rendre compte s'il faut attendre patiemment la sortie d'une dent, ou si, vu sa position

défectueuse dans le maxillaire, la pose d'une dent artificiele est indiquée.

La séance est levée à 1 h. 1/4 ; les congressistes se rendent alors à l'hôtel du Lac, pour assister au banquet d'adieu.

A. Thioly-Regard.
D. E. D. P.

A propos du Congrès dentaire international de 1900 à Paris, il n'y a encore rien d'officiel de décidé, mais, d'après les conversations engagées à ce sujet, il y a lieu de compter sur une forte participation de médecins-dentistes suisses.

Sous peu, dans une réunion du nouveau comité de la Société Odontologique suisse, il sera nommé deux délégués, l'un pour la Suisse allemande, l'autre pour la Suisse française.

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ DES DENTISTES SUÉDOIS

(Correspondance spéciale de L'Odontologie).

Par M. Ernest Sjöberg (de Stockholm)

La Société des dentistes suédois a tenu les 2 et 3 septembre 1898 sa 13e réunion annuelle à son siège social, 19 Drottninggatan à Stockholm. Tous les membres de la Société, ainsi que tous les dentistes qualifiés de la Suède et des pays voisins, y avaient été invités. M. Carl Sandstedt remplissait les fonctions de président de la Société, M. G. Forssman celles de vice-président et M. E. Christenson celles de secrétaire. Le président ouvrit la séance en souhaitant la bienvenue aux membres du congrès, dont un grand nombre étaient arrivés de toutes les parties de la Suède.

Le vendredi 2 septembre fut principalement consacré aux démonstrations pratiques; le samedi fut réservé aux démonstrations et aux communications scientifiques.

M. E. Bergman démontra la manière de conserver par une couronne d'amalgame des racines très cariées.

M. Geo. Forssman démontra l'emploi du chlorure-d'éthyle pour l'insensibilité des tissus dentaires pour la préparation des cavités. L'insensibilisation a très bien réussi.

M. A. Lenhartson démontra les méthodes et les instruments de M. Sachs, professeur à l'université de Breslau. Il montra aussi un nouvel appareil, inventé par lui, servant à enlever automatiquement les débris provenant de l'excavation des dents cariées.

Depuis plusieurs années on accorde, dans les réunions des congrès annuels, deux bourses aux étudiants-dentistes prenant part à un concours de prothèse. Les fonds nécessaires ont été donnés par feu M. Frans Berggren, dentiste à Stockhlom, et le revenu est consacré à ces prix. Ont été élus comme membres du jury chargé de juger les ouvrages du concours : MM. E. Bergman (Boras), F. Stotsberg (Falun), G. Larsson (Stockholm) et C. Sandberg (Stockholm). Chose très étonnante, cette année il n'y avait qu'un envoi. M. P. Carlson, d'Orebro, qui en était l'auteur, a reçu le 2e prix; le 1er prix n'a pas été distribué pendant plusieurs années.

Dans l'après-midi du vendredi, avant l'ouverture de la réunion, une commission a discuté avec les délégués de Gothembourg et de Scanie la question d'une caisse de secours des dentistes suédois malades.

La réunion du samedi 3 septembre est ouverte à 10 h. 1/2. Il est donné lecture des télégrammes envoyés par l'Association des dentistes norwégiens, les Sociétés des dentistes danois et finnois, des réponses à ces télégrammes et d'une lettre de remerciements du Dr Oscar Amoëdo, récemment nommé à l'unanimité membre correspondant.

M. Karl Hultbom traite des qualités anti-bactéricides de l'or : il a constaté par des recherches faites à l'institut bactériologique de

l'Ecole de médecine de Stockholm que l'or mat n'a pas d'effet sur les cultures de microbes.

M. E. Sjöberg lit une communication sur les nouveaux émaux-porcelaines du Dr Jenkins, de Dresde, pour les obturations et les dents à pivot. Il montre les appareils et les instruments du Dr Jenkins, ainsi qu'un certain nombre d'obturations et de dents à pivot faites avec des émaux-porcelaines et démontre enfin pratiquement la méthode en faisant une obturation. Après une courte discussion, visite du musée et de la bibliothèque de la société.

Après un lunch, servi dans le local, les communications ont continué.

M. H. Velin a parlé des ciments à obturer. Il a relaté l'histoire des ciments, les propriétés chimiques, la fabrication et les défauts inévitables de cette matière.

M. Amoëdo, qui avait pris part au meeting de Stockholm en 1897 en revenant du congrès de Moscou, avait envoyé cette fois au congrès une note sur un cas d'articulation défectueuse des dents terminé avec un succès rare. Le patient était une dame suédoise de trente ans. La note était illustrée de modèles en cire très beaux représentant le cas avant et après le traitement et était accompagné d'esquisses représentant les appareils employés. M. Sjöberg a lu en traduction la description de ce cas, traité en partie avec résection d'une partie de la mâchoire et en partie avec des appareils orthopédiques dentaires. M. Amoëdo avait fait don à la Société de modèles des mâchoires avant et après le traitement, ainsi que des dessins des appareils.

Ensuite *M. Sjöberg* a présenté de nouveaux instruments et appareils, entre autres la nouvelle presse à caoutchouc de M. Amoëdo.

Pour la caisse de secours des malades il a été résolu de nommer un comité provisoire de cinq membres, dont trois élus par la Société des dentistes suédois, une par la Société de Gothembourg et une par la société de Scanie.

En terminant le président a remercié les congressistes et leur a donné rendez-vous pour l'année prochaine.

Un dîner, donné à Hasselbacken, a mis fin au Congrès.



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

A manual of comparative dental anatomy for dental students.

Manuel d'anatomie dentaire comparée à l'usage des étudiants en chirurgie dentaire, par Alton Howard Thompson D. D. S., Professeur d'anatomie dentaire humaine et comparée au Collège Dentaire de la ville de Kansas.

Ouvrage écrit sur la demande des Facultés Dentaires de l'Association Nationale et adopté comme livre classique par les Collèges Dentaires.

On reste étonné en parcourant ce petit livre de voir comment, en aussi peu de pages, les caractères principaux, typiques, permettant de différencier tel ou tel individu d'un ordre zoologique de tel ou tel autre individu d'un ordre différent, sont définis d'une manière nette, précise et compréhensible pour tous. C'est vraiment un plaisir de voir avec quelle clarté, quelle lucidité toutes les définitions sont données. Point de grandes phrases ne servant qu'à embrouiller les idées, mais bien des phrases concises et lumineuses.

Dans son introduction l'auteur fait remarquer et avec juste raison qu'il n'existe réellement pas pour les étudiants dentistes de livres traitant, sous un faible volume, de l'anatomie dentaire comparée. Ce vide, il a essayé de le combler et, à notre avis, il a fait plus que d'y réussir, car, d'après la méthode qui a été suivie pour la rédaction de cet ouvrage, celui-ci est tout aussi utile à l'étudiant qu'au professeur.

Outre les descriptions et définitions si nettes et si précises dont nous parlions plus haut, rendues encore plus intelligibles par de nombreuses planches très belles en zincographie, l'ouvrage se recommande aussi par un véritable lexique très pratique et par l'addition de questionnaires placés à la fin de chaque chapitre.

Les chapitres qui composent cet excellent livre sont au nombre de 9 et peuvent se diviser ainsi :

Ch. 1. Zoologie générale et anatomie comparée.
2. Les dents en général.

3. Les dents des invertébrés.
4. — des vertébrés.
5. — des poissons.
6. — des reptiles.
7-8. — des mammifères.
9. — des espèces les plus élevées et de l'homme.

Le Dr Thompson insiste tout particulièrement dans l'introduction sur la manière dont doit être enseignée l'anatomie dentaire comparée. Des descriptions, si claires soient-elles, ne sont pas suffisantes. Elles doivent être accompagnées de pièces anatomiques et surtout de projections. En un mot, le manuel dont nous venons de donner ce trop modeste compte-rendu est un livre qui a sa place tout indiquée aussi bien dans la bibliothèque de l'étudiant que dans celle du professeur et nous ne saurions trop engager ceux de nos confrères qui connaissent l'anglais à se le procurer. Ils ne s'en repentiront pas.

CHOQUET.

Der anatomische Bau des Unterkiefers als Grundlage der Extractionsmechanik.

M. le Dr Rodolphe Loos, assistant à l'institut dentaire de l'Université de Vienne, vient de publier un travail très complet en 67 pages sur « *La structure anatomique du maxillaire inférieur comme base de la technique de l'extraction* ».

L'ouvrage est divisé en deux parties : anatomie et technique de l'extraction. Dans la première, l'auteur examine successivement la disposition des dents, la forme des racines, les alvéoles, les rapports de ces derniers entre eux, le maxillaire inférieur, la technique de l'extraction avec le davier, avec le pied de biche, etc. La seconde partie est une étude approfondie, très scientifique, où les principes de mécanique sont fréquemment invoqués.

5 planches et 48 figures intercalées dans le texte ajoutent à la clarté des explications.

Jahresbericht der Poliklinik für Zahnkrankheiten.

Nous avons reçu de M. le Dr Ernst Jessen, privatdozent à l'Université de Strasbourg, le rapport annuel de la policlinique des maladies dentaires annexée à cette Université. *(Jahresbericht der Poliklinik für Zahnkrankheiten)*, pour l'année 1898-1899. Ce rapport est extrait de la *Revue trimestrielle Suisse d'odontologie.*

C'est un document très complet de 38 pages, avec tableau et graphiques.

NOUVEAU JOURNAL AUTRICHIEN

Nous avons reçu le premier numéro d'un nouveau journal autrichien, publié à Vienne en langue allemande : *Zeitschrift für Zahntechnik,* organe de diverses sociétés de mécaniciens-dentistes de l'Empire austro-hongrois, dont le rédacteur en chef est M. Anton Bulin, et le rédacteur responsable M. Franz Buchner. Ce journal paraît le 25 de chaque mois.

Bonne chance à notre confrère.

PUBLICATIONS DIVERSES

Nous avons reçu du Dr Custer jeune, de St-Gall (Suisse), une brochure intitulée : *Die Verwendbarkeit des Tropacocains in der Infiltrationsanästhesie* (Emploi de la Tropacocaïne dans l'anesthésie par infiltration) ; du Dr R. Dorn, de Saarlouis, une brochure intitulée : *Tropacocaïnum muriaticum als Localanästheticum* (La Tropacocaïne muriatique comme anesthésique local) ; du Dr Briegleb, de Worms, une brochure intitulée : *Ueber die Verwendbarkeit des Tropacocains in der Infiltrationsanästhesie* (De l'emploi de la tropacocaïne dans l'anesthésie par infiltration).

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1899

MM. **Lemerle**, *président*.
Dr **Sauvez**, *vice-président*.
L. Richard-Chauvin, *vice-présid.*

MM. **Choquet**, *secrétaire général.*
Jeay, *secrétaire des séances.*
Dr **Pitsch**, *secrétaire des séances.*

MM. **Meng**.
Touvet-Fanton.
Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey et Poinsot.**

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1899

BUREAU

M. **d'Argent**, *président.*

MM. **Richard-Chauvin**, *vice-président.*
Coignard, *vice-président.*
De Marion, *secrétaire général.*

MM. **Prével**, *secrétaire adjoint.*
Rollin, *trésorier.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.**, **Poinsot**.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Billet**, **Claser**, **Godon**, **Lemerle**, Dr **Maire**, **Devoucoux**, **Martinier**, **Ed. Papot**, **Paulme**, **Stévenin**, **Viau**, I.

PROVINCE *(Nord-Est).*

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. Dr **Martin**, (Lyon), **Schwartz** (Nîmes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (D^r), **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit** (**A.**), **Gardenat**, **Pillette**, **Wiesner**.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire* ; **Billet**, **De Marion**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin**.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

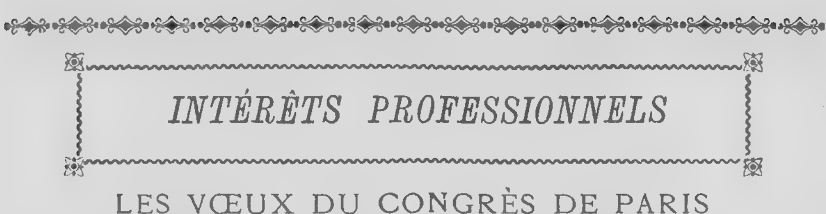
Service gratuit de *L'Odontologie.*

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union* :
15 0/0 de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.



LES VŒUX DU CONGRÈS DE PARIS

On se rappelle que le Congrès dentaire national tenu à Paris en 1897 émit un certain nombre de vœux, qui furent adressés aux pouvoirs compétents par la Commission des vœux. L'un d'entre eux, relatif au service militaire des chirurgiens-dentistes, fut envoyée à la Commission de l'armée du Sénat et vient d'être l'objet de la réponse suivante insérée dans le *Journal officiel* du 16 juin.

Pétition n° 172 (du 2 juillet 1898). — Le congrès dentaire national, à Paris, formule un ensemble de vœux relatifs au service militaire des chirurgiens-dentistes.

M. DURAND-SAVOYAT, *rapporteur. Rapport.* — Le premier des vœux formulés par les pétitionnaires tend à faire bénéficier les chirurgiens-dentistes titulaires d'un diplôme délivré par une Faculté de médecine française de la dispense de deux ans de service militaire que la loi du 16 juillet 1889, article 23, paragraphe 2, accorde à plusieurs catégories de jeunes gens dont la situation présente une indéniable analogie avec celle des chirurgiens-dentistes diplômés.

Les pétitionnaires demandent en outre que les chirurgiens-dentistes soient appelés à titre de médecins auxiliaires dans la réserve et l'armée territoriale; qu'il soit délivré aux médecins militaires une trousse complète d'instruments de chirurgie dentaire; que les médecins militaires puissent être assistés par les élèves des écoles dentaires appelés sous les drapeaux; qu'en temps de guerre, les dentistes appartenant à la réserve et à l'armée territoriale soient affectés aux hôpitaux et ambulances; enfin que la chirurgie dentaire soit inscrite dans les programmes d'études des écoles de santé militaire.

La commission estime que plusieurs au moins de ces vœux méritent un examen attentif et propose en conséquence de renvoyer la pétition à M. le ministre de la guerre. — (Renvoi au ministre de la guerre.)

Nous extrayons ce qui suit du numéro du 20 juin du *Courrier de Lyon.*

INAUGURATION DU DISPENSAIRE

DE L'ECOLE DENTAIRE DE LYON.

Ce matin, à huit heures, s'est ouvert, 32, rue Vaubecour, le dispensaire dentaire de Lyon, annexe de l'Ecole dentaire, dont les

cours commenceront le 1er novembre prochain. Cette Ecole et ce Dispensaire viennent heureusement combler une importante lacune dans le groupe des institutions philanthropiques comme dans celui des établissements d'instruction de notre ville. — Aujourd'hui que nul ne peut exercer la profession de chirurgien-dentiste sans être muni d'un diplôme officiel, il était urgent d'attirer et de retenir à Lyon les aspirants à ce diplôme, en leur procurant les moyens d'y faire leurs études complètes.

C'est à atteindre ce but que tend l'organisation de l'Ecole et du Dispensaire dentaires qui sont placés sous la direction d'un groupe de quatorze praticiens éprouvés et novateurs de notre ville.

La séance d'inauguration, qui ne présentait du reste aucun caractère officiel, a été ouverte par un discours de M. le Président du Comité d'initiative qui a fait ressortir l'origine, le but et les avantages de l'institution.

Ce discours a été suivi de la présentation et de l'examen d'un certain nombre de malades qui ont reçu immédiatement les soins que nécessitait leur état.

En parcourant ces sept salles affectées aux différents services de l'Institution, nous avons été heureux de constater que tout était supérieurement organisé et que le matériel réalisait toutes les exigences de la science moderne ; outre les salles destinées aux opérations, aux cours, aux cliniques, à la bibliothèque, le Dispensaire comporte un laboratoire de bactériologie et un laboratoire de prothèse.

Le Dispensaire sera ouvert jusqu'à nouvel ordre, les mardi, mercredi et vendredi de 8 heures à 10 heures du matin. Tous les soins et opérations sont absolument gratuits.

Remercions donc, au nom de la population lyonnaise, les promoteurs, souscripteurs et organisateurs de cet utile établissement, et souhaitons-leur tout le succès que mérite leur généreuse initiative.

2e Examen de Chirurgien-Dentiste.

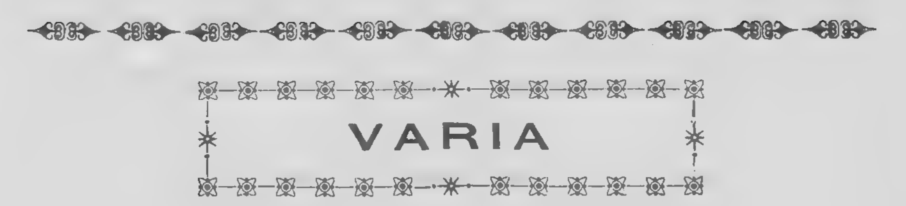
Le 2e examen pour l'obtention du diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste a eu lieu à la Faculté de médecine de Paris aux dates ci-après :

21 juin. — Jury : MM. Hayem, Desgrez, Sébileau, examinateurs ; Broca, censeur.

22 juin. — Jury : MM. Chantemesse, Quénu, Desgrez, examinateurs ; Gley, censeur.

23 juin. — Jury : MM. Pouchet, Sébileau, Gilles de la Tourette. examinateurs ; Gautier, censeur.

24 juin. — MM. Quénu, Hanriot, Ménétrier, examinateurs : André, censeur.



VARIA

Une trousse dentaire de l'époque Louis XIV.

Par M. le Dr P. Hamonic.

J'ai souvent entendu soutenir que l'art dentaire est de date récente et que les anciens ignoraient à peu près tout ce qui a trait à cette branche accessoire de la chirurgie. On ne leur accorde guère que l'*extraction*, qu'ils pratiquaient du reste avec beaucoup de virtuosité, et ce sont eux en somme qui ont inventé les instruments classiques : la clef de Garengeot et le davier.

Il est un fait certain : c'est que, aussi bien en chirurgie générale qu'en art dentaire, nos pères faisaient à peu de chose près tout ce que nous faisons aujourd'hui.

Grâce à l'antisepsie et l'anesthésie, nous pratiquons couramment ce qui était pour eux l'exception en raison des accidents si nombreux qu'ils observaient et que nous avons à peu près fait disparaître. Mais ce n'est pas là une raison pour leur dénier ce qui leur appartient.

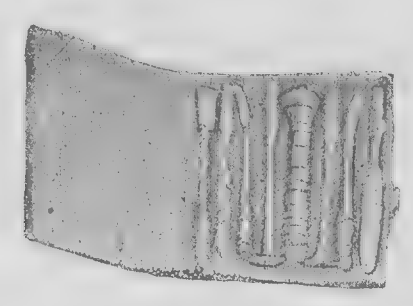


Fig. 31. — Trousse dentaire de l'époque de Louis XIV.

Je possède dans mes collections un certain nombre de *trousses dentaires* remontant au XVIIe et même au XVIe siècles, et qui démontrent, par la multiplicité et la variété des instruments, que les spécialistes de cette époque savaient pratiquer l'abrasion, la résection, l'obturation des dents et que tout leur art ne résidait pas simplement dans l'*extraction* comme on le croit assez couramment.

Je signalerai en particulier une petite trousse de l'époque de *Louis XIV*, qui est remarquable par son bon état de conservation et qui présente ce fait assez rare, c'est qu'aucun des instruments qui la

composent n'a été égaré ou remplacé comme cela arrive si souvent dans les spécimens que nous rencontrons.

Cette trousse est destinée à l'*abrasion* ou nettoyage des dents, à l'*extraction* des petites racines et au *traitement des abcès* dus à la carie.

Elle se compose de sept instruments renfermés dans un élégant étui et se vissant tous sur un manche commun garni de moulures qui, en outre de leur rôle décoratif, ont pour but d'empêcher le glissement entre les doigts.

On trouve d'abord un petit *burin* rectangulaire, tranchant sur son bord libre et destiné à gratter la face antérieure des incisives et des canines.

Un second *burin* droit est taillé obliquement à l'une de ses extrémités de façon à figurer un losange tranchant. Cet instrument servait à enlever le tartre au pourtour des dents.

Un *bistouri* en forme de faucille et porté sur une tige très déliée permettait d'inciser les abcès dentaires.

Une petite *rugine* était affectée au nettoyage des culs-de-sac situés entre les gencives et les dents.

Il existe une *lime* à grains différents sur chacune de ses deux faces, avec laquelle on pouvait user les dents et même pénétrer dans leurs interstices pour détruire les parties tachées.

La trousse se termine par une *langue de carpe* et un *pied de biche* pour l'extraction des débris dentaires cariés.

Voilà donc un ensemble d'instruments se rapprochant beaucoup de ceux qui composent le nécessaire habituel des dentistes modernes.

Les formes générales en sont les mêmes à très peu de chose près, et la conclusion à tirer de ce court exposé, c'est qu'il existait déjà au XVII[e] siècle des dentistes dont l'habileté ne consistait pas seulement à extraire les dents.

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

AUTEURS (NOMS D').

BULLETIN.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS.

FIGURES.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE.

LIVRES ET REVUES.

NÉCROLOGIE.

NOUVELLES.

PLANCHES HORS TEXTE

RECETTES ET PROCÉDÉS.

REVUE DE L'ÉTRANGER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

SOCIÉTÉS SAVANTES DIVERSES.

TRAVAUX ORIGINAUX.

TRIBUNE OUVERTE.

VARIA.